Eina kartą per mėnesį | 1941 m. | XXII METAI

Nr. 3 | Kovo mėn. | Nr. 3

L.T.S.R.

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS MOKSLO
BEI PRAKTIKOS
IR GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS

LEIDĖJAI:
Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas,
Kauno Universiteto Medicinos Fakultetas ir
Med. Darb. Profesinė Sąjunga

Redaktorius
Med. d-ras J. Staugaitis

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, tel. 2-15-07

SKELBIMŲ KAINA:
80 — 100 rublių puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA:
metams 45 rubl., pusmečiui 22,5 rubl.

Šio numerio kaina 4 rubl.

TURINYS

СОДЕРЖАНИЕ

L. T. S. R.

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams

XXII met. | 1941 m. kovo mėn. | Nr. 3

Dr. M. E. Palkin.

Sveikatos apsauga Paryžiaus Komunoje.

(Iš Odesos Medicinos instituto Socialinės higienos katedros. Vedėjas — prof. I. L. Dailis).

I.

Paryžiaus Komuna paliko pėdsakų beveik visose visuomeninės veiklos šakose, bet „didysis socialinis Komunos priemonių taikymas buvo jos pačios buvimas, jos darbai. Atskiros priemonės, kurių ji ėmėsi, galėjo reikšti tik kryptį, kuria vystosi tautos valdymas su pačios tautos pagelba“ (Marksas)[7]).

Marksizmo klasikai vertino šitą nuostabų mėginimą, kaip pasaulinės istorinės reikšmės etapą. Kovoje už proletariato diktatūrą, socialistinės valstybės kūryboje darbininkai rėmėsi nemirtingosios Komunos patyrimu. „Sovietų respublika yra, tuo būdu, ta ieškomoji ir pagaliau rastoji politinė forma, kurios rėmuose turi būti atliktas proletariato ekonominis išsilaisvinimas, visiška socializmo pergalė. Paryžiaus Komuna buvo tos formos užuomazga. Sovietų valdžia yra jos išsivystymas ir užbaigimas“ (Stalinas)[10]).

Daugeriopo Komunos medicinos - sanitarinių organizacijų veikimo tyrinėjimas priveda mus prie Socialistinės sveikatos apsaugos šaltinių. Komunos Tarybos protokolų puslapiai ir „Journal Officiel“ ryškiai vaizduoja nuostabių audros ir veržimosi dienų atmosferą. Sukilusi liaudis sulaužė buržuazinę valstybinę mašiną ir ėmėsi kurti naująjį valstybingumą.

Ir sveikatos apsaugos srityje Komuna išryškino tas pačias tendencijas. „Taigi, sudaužytąją valstybinę mašiną Komuna pakeitė lyg tarsi tik pilnesne demokratija... Bet iš tikrųjų tasai „tik“ reiškia milžinišką vienų įstaigų pakeitimą principialiai kitos rūšieis įstaigomis (Leninas)[4]).

Kokį „paveldą“ gavo Komuna?

Antrosios imperijos medicinos - sanitarijos įstaigos buvo išbarstytos tarp daugybės žinybų. Francūzų buržuazinės XVIII amžiaus revoliucijos įstabūs laimėjimai, smarki šalies sanacijos

programa, sveikatos apsaugos komiteto paskelbta d-ro Guillotin'o ir eilės gydytojų jakobiniečių iniciatyva, negalėjo, žinoma, būti realizuota burboninėje Francūzijoje. Vienuolių ordenai ligonines ir ambulatorijas pavertė katalikybės forpostais. Liaudies masės medicinos pagelbos iš tikrųjų neturėjo.

Paryžiaus Komuna pagrindinius sveikatos apsaugos klausimus statė labai įtemptos kovos su Versaliu sąlygose. Šita aplinkybė žymia dalimi iškėlė aikštėn ypatingą karo-sanitarinės organizacijos vaidmenį. Balandžio 10 d. dr. Parisel pasiūlė mobilizuoti 120 gydytojų lauko - sanitariniams būriams[9]). Geresnių formų ieškojimas Nacionalinės gvardijos sanitariniam aprūpinimui baigėsi dekreto projekto apie karo — sanitarijos būrius svarstymu. Balandžio 13 d. dr. Parisel pasisakė šituo klausimu Komunos tarybos posėdyje, o balandžio 14 d. „Journal Officiel" paskelbė apie lauko lazaretus šitokį dekretą[9]):

„Paryžiaus Komuna, turėdama galvoje, kad sanitarinės tarnybos organizacija Nacionalinėje gvardijoje yra nepatenkinama, kad daugelis bataljonų dažnai stoja į kautynes be chirurgų, kad kai kuriems bataljonams negalima rasti chirurgų, — nutaria: turi būti suorganizuoti lauko - sanitariniai būriai šio sąstato: 20 gydytojų ir felčerių, 60 studentų medikų... Kiekvienas būrys skirstomas į 10 būrelių".

Būreliai buvo sudaromi karinės komisijos įsakymu. Tiesioginis būrelių kilnojimas buvo medicinos komisijos žinioje. Apygardose buvo steigiami nuolatiniai medicinos punktai šaukiamiesiems apžiūrėti.

Tame pačiame posėdyje J. B. Clement siūlo pavesti 2 Komunos nariams kontroliuoti lazaretus, kuriuose kasdien atsitinką peiktinų dalykų.

Pilietis Jourde nurodo, kad p. Treillard, paskirtas viešosios globos valdybos vyriausiu direktorium, jau ėmęsis priemonių piktnaudojimams sudrausti.

Balandžio 13 d. buvo svarstoma ir viešosios globos organų veikla. Pil. Oudet iškėlė skandalingų faktų, apibūdininčių viešosios globos „sistemą" antrojoje imperijoje. 15.000 neišsigalinčių gavo mažiau, negu 40 valdininkų. Pil. Henri Fortunet pažymėjo, kad 19-je apygardoje iš 250.000 frankų, skirtų viešosios globos žinybai, 50.000 išleista valdininkams išlaikyti.

Greta karo - sanitarinio aparato veiklos entuziastiško vertinimo, mes randame Komunos protokoluose ir neigiamų apibūdinimų. Kalba eina apie medicinos komisiją.

Komunos tarybos balandžio 18 d. posėdyje tos komisijos veikla buvo šitaip apibūdinta (duodame posėdžio stenogramą[9]):

„Rastoul: Skundžiamasi sanitariniais būriais, kai kurie gydytojai papeikti... „Vienas iš Komunos narių pastebi, kad, panaikinus dekretu medicinos komisiją, šita pastaba nebeturinti

prasmės". D-ras R a s t o u l (vyr. lazaretų inspektorius) pareiškė, kad medicinos komisijos veikla buvusi nenaudinga, ji tik eikvojusi Komunos lėšas. Tikrai medicinos komisija savo darbe darė eilę klaidų, būdingų bendrajai Komunos taktikai: neryžtingumas kovoje su kontr-revoliucija ir sabotažu, neužtenkamas paslankumas. Ryžtingų išlandų metu balandžio 3 ir 4 d. žygiuotės lazaretai nebuvo suorganizuoti. Tik balandžio 13 d. nutariama formuoti karo-sanitarijos būriai".

Komuna neišnaudojo visų galimumų kovoti su drausmės ardytojais. Tiesa, balandžio 16 d. „Journal Officiel" paskelbė įspėjimą gydytojams, nevykstantiems į savo dalis, bet tik ypatingais atsitikimais Komuna imdavosi represijų. Reikia pastebėti eilė trūkumų ir lazaretų išlaikymo srityje. Balandžio 23 d. d-ras R a s t o u l Komunos tarybos posėdyje pranešė apie nepatenkinamą lazaretų stovį Liuksemburge: visuose barakuose ant sužeistųjų bėgo lietaus vanduo.

„Juo brangesnė mums yra, sakysime, Paryžiaus Komuna 1871 m., tuo labiau neleistina apsiriboti nusišaukimu į ją, neišnagrinėjus jos klaidų ir ypatingų sąlygų. Taip darydami, mes tik kartotume nelemtą Engelso išjuoktų blankistų pavyzdį, garbinusių (savo 1874 m. „manifeste") kiekvieną Komunos aktą" (L e n i n a s)[4]).

Balandžio gale baigėsi Nacionalinės gvardijos karo-sanitarinio aparato formavimas: vyriausiojo armijos gydytojo C o u r t i l l e t parašu balandžio 29 d. paskelbta instrukcija apie k a r o - m e d i c i n o s v a l d y b ą.

Vadovaujantis personalas susidėjo iš: 1) vyriausiojo armijos gydytojo, 2) tvirtovės rajono štabo vyriausiojo gydytojo ir 3) legiono arba apygardos vyriausiojo gydytojo. Bataljonuose — vyresnieji ir jaunesnieji gydytojai ir padėjėjai (felčeriai arba studentai - medikai).

Vyriausieji legionų gydytojai vadovavo karo-medicinos aparatui apskrityje, žygio bataljonų sanitarinėms dalims ir inspektavo ligonines bei lazaretus. Vyresnieji ir jaunesnieji gydytojai lydėjo savo bataljonus, o legiono vyriausiojo gydytojo nurodymu pereidavo ir į kautynių operacijų rajonus.

Komunos tarybos posėdyje balandžio 20 d. buvo išklausytas d-ro P a r i s e l 'io pranešimas apie karo-sanitarinės organizacijos veiklą: „Komuna pavedė mums pasiūlyti d-rui C o u r t i l l e t ištirti klausimą apie tūlus nesklandumus, pasitaikančius karo-medicinos valdybos darbe. Mes nuvykome pas jį ir sutarėme, kad būtų imtasi visų priemonių Komunos dekretams vykdyti apie bataljonų gydytojus-chirurgus"[8]).

II.

Komunos kovotojams aprūpinti medicinos pagelba žymų vaidmenį suvaidino darbininkų klasės masinės organizacijos.

Net ir žiauriųjų kautynių dienomis nesilpnėjo Paryžiaus klūbų — agitacijos centrų — veikla. Paverstoje į klūbą bažnyčioje uždegamos ugnys, plačiai ir galingai aidi marseljezė, pabūklų papliupų griausmas drebina bažnyčios skliautus... susirinkusios Monmartro pilietės „nutarė pasisiūlyti Komunos dispozicijai, kad būtų organizuotos karo žygio ligoninės kovojantiems su priešu būriams lydėti ir iš kautynių lauko mūsų didvyriams gynėjams išnešti".

Šitie susirinkimai virsta sanitarijos - apsaugos draugijomis. Balandžio viduryje atsiranda „Moterų sąjunga Paryžiui ginti ir sužeistiesiems globoti". Liaudis sukūrė masines savo organizacijas beveik vienu laiku su vyriausybiniais karo-sanitarijos būriais. Šituo reikalu pasireiškė nepaprasta Paryžiaus darbininkų ir amatininkų iniciatyva.

Moterų sąjungos organizatorė rašytoja Andrée Léo ragino Komunos karo vadovybę registruoti piliečius, norinčius dalyvauti ginkluotoje kovoje ir teikti pagelbą sužeistiesiems. Klūbuose, aikštėse, prie Paryžiaus fortų vėl suskambėjo jakobiniečių patetika: „Paryžius nesitrauks, nes jis neša ateities vėliavą... Vieta darbininkams... Daugiau veiksmo, energijos! Auga laisvės medis, jos priešų krauju laistomas!"[3]).

„Raudonųjų sanitarių" grupė (ambulanciers volontaires de la Commune) pareiškė, kad „jų gyvenimas priklausąs revoliucijai, jų pareiga esanti sužeistuosius tvarstyti, o reikalui esant imtis už ginklo".

Mūsų šalies piliečiai pasididžiuodami prisimins brangius rusių moterų vardus (Elisaveta Dmitrijeva, seserys Anna Vas. Korvin-Krukovskaja ir Sofija Vas. Kavalevskaja), dirbusių Komunos lazaretuose.

Kasdieninę pagelbą Sąjungai ir karo-sanitarijos žinybai teikė Louise Michel; ją matydavo prie barikadų, prie Paryžiaus fortų, tvarstomuosiuose punktuose ir lauko-sanitariniuose būriuose. Louise Michel su ginklu stodavo prieš versaliečius, o po kautynių tvarstydavo sužeistuosius.

Greta su karo-sanitarine žinyba ir sanitarinės apsaugos Sąjunga, tomis dienomis veikė ir Tarptautinė draugija sužeistiesiems globoti, įkurta Henri Dunant'o iniciatyva. Versaliečiams kartotinai nesilaikant Ženevos konvencijos, draugija pareiškė protestą. Versalio vyriausybė, prisidengusi juridiniais kabliukais, mėgino nuslėpti savo žvėriškumą. „Kadangi Komuna nėra prisidėjusi prie Ženevos konvencijos, Versalio vyriausybė nelaiko sau privaloma jos laikytis". Išorinis santykių delegatas gydytojas Pascal Grousset nurodė, kad „Komuna yra padariusi kai ką daugiau, negu paprastas prisidėjimas prie tos konvencijos: ji ištikimai vykdė visus humaniškumo reikalavimus, nepaisydama barbariškiausio versaliečių elgesio, kruviniausių civilizacijos ir šių laikų teisinės sąmonės įžeidimų, ne-

paisydama sužeistųjų, pribaigiamų kautynių lauke, nepaisydama priešo bombarduojamų ligoninių, karo žygio lazaretų, apiberiamų kulkomis, nepaisydama gydytojų ir net gailestingųjų seserų žudymo, einant jiems savo pareigas"[8]).

Draugija sužeistiesiems globoti organizavo ciklą įžymių koncertų Tiuilri pilyje ir meno vertybių apžiūrėjimus. „Draugijos narys pil. d-ras Roussel praneša publikai, kad Tiuilri pilis bus kasdien atidaryta nuo vidurdienio iki 7 val. vakaro; įėjimas 50 santimų našlių ir našlaičių naudai".

D-ras Roussel meno ekskursiją sumaniai išnaudojo politinei propagandai:

„Tautiečiai!

Auksas, kuris varva nuo šitų sienų — tai tavo prakaitas. Gana tu maitinai savo triūsu ir girdei savo krauju besočią pabaisą — monarchiją!

Dabar, kai revoliucija tau davė laisvę, tu imiesi valdyti savo turtus. Tu esi pas save namie! Bet išlaikyk savo garbingumą, nes tu esi stiprus! Ir akyliai žiūrėk, kad galūdai (tironai) niekada daugiau čia nebegrįžtų!"

III.

Krašto sveikatos apsaugos revoliucinis pertvarkymas labai gražiai pasireiškė visuomeninės globos ir socialinio aprūpinimo organuose. Žymią reikšmę turėjo balandžio 2 d. dekretas apie bažnyčios atskyrimą nuo valstybės. Švietimas ir sveikatos apsauga buvo katalikų dvasiškijos privilegija. Buvo specialinė medicinos-tikybos kongregacija „pilkojo ordeno seserys", įsteigta XVII amžiuje. Ordenas turėjo savo žinioje daugelį viešosios globos įstaigų: prieglaudų, ambulatorijų, našlaičių namų.

Ne pripuolamai darosi populiarus ateistinio judėjimo šūkis Paryžiaus Komunos dienomis: „vienuolius ir ilgaskvernius lauk vyti iš ligoninių". Tuo atžvilgiu būdingas yra susirinkimo aprašymas Saint-Bernard'o bažnyčioje. „Susirinkimas konstatuoja didelius piktnaudojimus ligoninėse, ypatingai Božone ir Nekkere, kur gailestingosios seserys įžeidinėja Komunos gynėjus tiek žodžiu, tiek ir veiksmu". Klūbas griežtai reikalauja iš Komunos pašalinti iš Paryžiaus ligoninių visus tikybinių organizacijų narius.

Komuna paskyrė visuomeninės globos valdybos pirmininku labai gabų administratorių, buvusį tremtinį Treillard'ą; jam vadovaujant, atliktas griežtas „katalikiškų lizdų" valymas.

Lissagaray pastebi, kad „gydytojai ir prižiūrėtojai metė ligonines. Petit Menage D'Issi direktorius ir ekonomas išbėgo, palikdami savo pensininkus elgetauti. Valdininkai vertė ilgai laukti mūsų sužeistuosius prie ligoninės vartų; gydytojai ir seserys mėgino gėdinti juos dėl jų garbingų žaizdų. Antrą

sykį po 1792 m. ligoniai ir nusilpėliai gavo pagelbą iš savo administratorių ir garbino Komuną, kuri rūpinasi jais, kaip motina"[6]).

Treillard pateikė visuomeninės globos pertvarkymo projektą. Labdaros biurai ir pagelbos namai panaikinami; juos turėjo pakeisti visuomeninės globos komunaliniai komitetai. Buvo projektuojamas nemokamas gydymas. Kiekvienoje apygardoje buvo steigiamos vaistinės. Tiesa, kalba eina apie pagelbą neišsigalintiems, bet, turint galvoje darbininkų, amatininkų ir žymios dalies smulkiosios buržuazijos ekonominę padėtį Komunos laikotarpiu, yra visai aiškus projektuojamojo nemokamo gydymo masinis pobūdis[2]).

Treillard'o projekte, be to, buvo numatomi šie pagelbos būdai:

a) piniginė pašalpa ligoniams, besigydantiems namie;

b) pašalpa natūra (kortelės duonai, malkoms gauti) seneliams, turintiems 74 metus;

c) virtuvių ir vandens šildytuvų įrengimas.

Socialiniai - buitiniai Komunos įstatymai sudarė sąlygas stambiausiems šuoliams motinystės, kūdikystės ir vaikystės apsaugos srityje. Balandžio 10 d. paskelbtas dekretas apie žuvusių fronte nacionalinių gvardiečių našlių ir vaikų socialinį aprūpinimą. Esminis to dekreto bruožas buvo tas, kad nebebuvo daroma skirtumo tarp „teisėtai gimusiųjų" ir „neteisėtai gimusiųjų" („santuokinių" ir „nesantuokinių") vaikų.

Viename iš įstabių savo dekretų Komuna pripažino savo vaikais visus nacionalinių gvardiečių našlaičius. Jiems buvo įsteigtos pavyzdingos mokyklos su internatais. Allemand'o atsiminimuose atvaizduota viena iš tokių vaikystės apsaugos įstaigų. Mokykla įsteigta vienuolyno būstinėse, iš kur neseniai buvo išvaryti vienuoliai. Mokyklos namas nuo apačios iki viršui švariai buvo išmazgotas ir išgrandytas. Kieme pastatyti dubenys rankoms plautis, ant stalų padėliotas muilas, šepetėliai, šukos... Mokyklos organizatorius Allemand kreipėsi į vaikus šiais žodžiais: „Mano mažieji draugai, Komuna nuoširdžiai trokšta, kad jūs užaugtumėte sveiki dvasia ir kūnu, kilnios širdies, teisingi dori piliečiai: neužmirškite, kad tą pačią valandą, kai aš reiškiu jums nuoširdžiausius savo linkėjimus, tūkstančiai piliečių aukoja savo gyvybę kautynių lauke, kad tik jums patikrintų geresnę ateitį..."

Komunos taryba jautė, kad karo-sanitarinė vadyba, visuomeninės globos vyriausioji valdyba ir municipalinės medicinos-sanitarinės organizacijos gali aprūpinti racionaline medicinos pagelba tik sveikatos apsaugos vieningumo sąlygomis. Balandžio 18 d. vykdomoji komisija nutaria organizuoti sveikatos valdybą vieningam vadovavimui patikrinti... Įžymų istorinį dokumentą cituojame ištisai: „Kadangi naujoji sveikatos valdyba organizuota Saint-Dominique - Saint-Germain gatvėje

36 nr., kas yra svarbu sveikatos dalies vieningam vadovavimui patikrinti, vykdomoji komisija nutaria:

1. Sveikatos Valdyba Rotušėje panaikinama.

2. Piliečiai, tarnavę Sveikatos Valdyboje Rotušėje, kas panorėtų toliau tarnauti humaniškumui savo šalyje, malonėja paduoti prašymus apie priėmimą į tarnybą Sveikatos Valdybai esančiai Saint-Dominique-Saint-German gatvėje[9])".

Ir šitame dekrete pasireiškė Komunos ypatybė — netęsti tradicijų Sveikatos Valdybos Rotušėje, bet sukurti naują aparatą, individualiai parenkant darbuotojus.

Finansinė Komunos politika pasižymėjo ypatingu atsargumu; pagrindiniuose biudžeto straipsniuose, žinoma, karo išlaidos; nuo to parėjo ir sveikatos apsaugos įstaigų finansavimo galimumai. Gana įdomi yra Jourde'o apyskaita 1871 m. gegužės mėn. 1 d.

	frankų	santimų
Ligoninėms	10.000	—
Karo ligoninėms	182.510	91
Visuom. labdaros žinybai	105.175	—
Susisiekimo žinybai	27.560	71
Švietimo delegacijai	1.000	—
Visuom. reik. Komisijai	235.039	—
Karo delegacijai	20.056.573	15
Bendroji pajamų suma — nuo kovo 20 d. iki balandžio 30 d. imtinai	26.013.916	70
Bendroji išlaidų suma — nuo kovo 20 d. iki balandžio 30 d. imtinai	25.138.089	12
Pajamos viršija išlaidas	875.827	58

Rūpinimasis dirbančiųjų sveikata matyti ir iš dekretų, nesusijusių tiesiogiai su „Sveikatos žinyba" (dekretas apie nakties darbo draudimą kepyklose, butų įstatymas ir t. t.). Nutarimas atidėti pardavimą daiktų, beturčių užstatytų lombarde, besvarstant darbo ir apykaitos komisijoje, virsta lombardo likvidacijos problema ir jo pakeitimo „socialine organizacija, kuri teiktų proletariatui pagelbą nedarbo ir ligos metu".

Pateiktieji duomenys apie karo-sanitarinės organizacijos, visuomeninės globos valdybos ir Sveikatos valdybos veiklą išryškina Komunos tendencijas, nukreiptas į Sveikatos apsaugos organizaciją masiškumo, vieningumo ir nemokamo gydymo pagrindais.

IV.

Organizuojant sveikatos apsaugą, kaip ir kitas valstybinės veiklos sritis, Komunos vyriausybei teko kovoti su aiškių ir slaptų Versalio draugų sabotažu. Kova komplikavosi bendro politinio pobūdžio sunkumais: Paryžiaus Komuna nežinojo vienos proletariato partijos (politinių susigrupavimų margumas nuo slaptųjų tjeristų iki blankistų). Vyko neišvengiama klasių diferenciacija. Gydytojai ir studentai, susiję su buržuazija, orjentavosi į Versalį, revoliucinė Lotynų kvartalo dalis siejo savo likimą su Komuna.

Komunos narių medicinos darbuotojų sąrašas*):

Vaillan — gydytojas ir inžinierius — „Internacionalo" narys (blankistas).

Grousset — gydytojas ir žurnalistas (blankistas).

Jourde — studentas-medikas, nac. gvardijos CK narys, banko tarnautojas (prudonistas).

Millot — vaistininkas (dėjosi prie „daugumos").

Parisel — gydytojas (dėjosi prie „daugumos").

Pillot — gydytojas-homeopatas.

Rastoul — gydytojas (dėjosi prie „mažumos").

Reger — veter. gydytojas (dėjosi prie „daugumos").

Ede — vaistininkas (dėjosi prie „daugumos").

Jau pirmajame vykdomosios komisijos sąstate plačiai dalyvauja medicinos darbuotojai:

Vykdomoji komisija: Vaillan, Jourde, Grousset.

Išmintų komisija: Parisel.

Išorinių santykių komisija: Grousset.

Visuomeninės tarnybos komisija: Rastoul.

Švietimo komisija: Goupiel, Robinet**), Millot.

Gydytojai komunarai ir felčeriai ypatingai sudėtingose sąlygose vykdė medicinos įstaigų demokratizaciją. Nepaisant luominės „laipsnių lentelės", į vadovaujamas vietas skiriami nauji žmonės: pvz., felčeris Paget-Lupicien — pagarsėjusios ligoninės vadovu.

Revoliucinės gydytojų grupės suvaidino žymų vaidmenį ne tik sveikatos reikalų tvarkyme ir sanitarinės apsaugos organizacijoje, bet, revoliucijai pareikalavus, nemaža įvykdė labai svarbių ir politinių uždavinių: Parisel***) buvo išmintų komisijos narys ir sprogstamųjų medžiagų tyrinėjimo grupės da-

*) Goupiel (gambetistas), Robinet (gambetistas) ir Marmottan (tjeristas) atsisakė nuo savo įgaliojimų.

**) Goupiel ir Robinet, kaip jau buvo nurodyta, atsisakė nuo įgaliojimų; švietimo srities žinybos priekin stojo Vaillan.

***) Apie Parisel'io veiklą sprogstamųjų medžiagų tyrinėjimo grupėje žiūr. „Dauban: Le fond de la société sous la Commune", Paris. 1873, 292 psl.

lyvis, Vaillan — švietimo vadovas, Toni Moilin****) įžymus politinis darbuotojas, generolas Ede (iš profesijos vaistininkas) vadovavo kautynių operacijoms.

Kreipia dėmesį smarki kova medicinos aukštosios mokyklos sienose. Kovo 24 d. medicinos mokyklos kontr-revoliucinės grupės priėmė rezoliuciją, reiškiančią protestą prieš nacionalinės gvardijos Centrinio komiteto „neteisėtus" veiksmus.

Šatelės aikštėje aplink studentą mediką telkiasi pulkas smalsių paryžiečių. „Nesakykite, sako studentas, kad visas Paryžius dabar prieš Versalį. Netiesa. Daugelis mielu noru kovotų prieš Komuną, jei galėtų patekti į priešų stovyklą. Aš pareiškiu, kad po sueigos medicinos mokykloje didžiulė dauguma pasisakė prieš Komuną... ir jei pagaliau mes sutiktume su Komuna, tai tik su sąlyga, kad ji susidėtų iš naujų elementų". Nacionalinis gvardietis, akylai išklausęs studentą, griežtai atkirto: „Tai va kur šuo pakastas, mano būsimasis Hippokrate. Daug darbininkų Komunoje. Ponai norėtų matyti gydytojų, juristų kolekciją"... Padėtį išgelbėjo gatvės vaikpalaikis, kurio pokštas buvo puikus žaibolaidis... „Greitasis traukinys į Versalį, — sušuko berniūkštis, — stovi prie medicinos mokyklos. Greičiau, greičiau, ponai pasažieriai, į kelionę! (Dauban)[1]).

Aukštosios mokyklos reorganizacijos Komuna ėmėsi balandžio gale. Švietimo komisija, d-ro Edouard'o Vaillan'o pirmininkaujama, balandžio 23 d. sušaukė aukštosios medicinos mokyklos dėstytojus, praktikuojančius gydytojus ir studentus medicinos mokymo reformos klausimu.

Reakcinė profesūra ir kontr-revoliucinės studentų grupės sabotavo Komunos žygius.

Švietimo komisija, kovodama su sabotažu, griežtai stato ir kadrų klausimą. Vaistininkas Millot balandžio 27 d. įneša pasiūlymą suteikti praktikos teisę baigusiems medicinos mokyklą, bet nelaikiusiems disertacijos. Stambiausieji Komunos politiniai veikėjai veda propagandą studentų rateliuose. Jaunimas studijuoja XVIII amžiaus buržuazinės revoliucijos mėginimą — heroišką jakobinizmą, gyd. Marat'o pamfletus, dr. Guillotin'o veiklą sveikatos apsaugos organizacijos srityje. Studentai grupėmis stoja į Internacionalo sekcijas. Kariaujančio jaunimo eilėse medikai Paul Lafargue ir Victor Jacqulard.

Tuo metu, kai Paul Lafargue, Jacqulard ir tūkstančiai kitų kovojo už Komuną kaip kariautojai, agitatoriai ir sanitarai, reakciniai susigrupavimai atkakliai tęsė programą, „jauno Hippokrato" deklaruotą Šatelės aikštėje.

****) Įžymus mokslininkas, nac. gvardijos 193 bataljono gydytojas ir politinis darbuotojas Komunos dienomis; jo veikalai: „Paris en l'an 2000". P. 1859, „Leçons de Médicine physiologique". P. 1866 ir kt.; žiūr. atsiliepimą — pagal Markso - Engelso XXIII t., 379, 382—383 psl.

Komunos vyriausybei adresuotuose laiškuose darbininkai korespondentai kreipė dėmesį į ligonines „reakcijos židinius, kur studentai medikai pagal Versalės instrukciją veda kontr-revoliucinę propagandą".

V.

Komuna, pasirėmusi geriausiomis revoliucinėmis Prancūzijos tradicijomis, atvertė vieną iš svarbiausių didingos istorijos proletariato kovos už socializmą lapų. Turint galvoje socialiai - politinį Komunos veržlumą, reikia spėti, kad tolimesni šuoliai sveikatos apsaugos srityje būtų buvę, bet... versaliečiai ir interventai palaužė revoliucinio Paryžiaus priešinimąsi.

Krinta paskutiniai fortai. Gegužės 23 d. naktį miestas pilnas barikadų. Gegužės 25 d. paskelbtas paskutinis Komunos atsišaukimas: „Atėjo valanda žiaurios kovos su priešu, kurs jau du mėnesius veda su mumis negailestingą karą. Jei mes būsime nugalėti, jūs žinote, koks likimas mus laukia. Taigi, prie ginklo, nepaleisime jo iš rankų tol, kol nugalėsime".

Gegužės 28 d. tarška paskutiniai šūviai prie barikadų...

Baisūnas - nykštukas Thiers įžengia į kruviną Paryžių, o paskutiniai insurgentai žūna ant kapinių („Pére Lachaise").

Arnou liudijimu versaliečiai 2 savaites skerdė be teismo. Paryžius virto didžiule skerdykla. Ligoninėse amputuotus, pakėlę durtuvais, mėtė į kraujo upelius. Saint-Siulpies seminarijos ligoninėje buvo sudraskyti 80 sužeistųjų ir d-ras Fanot.

Tragedijos rezultatas: 30 tūkstančių užmuštų „gegužės savaitės" dienomis, 3.500 mirusių nuo žaizdų ir ligų, 14 tūkstančių nusmerktų sunkiųjų darbų kalėjimu.

Nuostabiame eilėraštyje „Elle n'est pas morte" Eugène Potier tas dienas šitaip atvaizdavo (Zeval):

Ils[11]) ont fait acte de bandit
Comptant sur le silence
Ach'vé le blessés dans leurs lits
Dans leurs lits d'ambalance
Et le sang, inondont les draps,
Ruisselait sous la porte...

Istorija žino ne tik grupę Komunos gydytojų - didvyrių, bet ir šlykštų diplomuotą budelį - profesorių Delbos, išdavusį versaliečiams visus sužeistuosius - komunarus ir nacionalinės gvardijos kovotojus, buvusius jo ligoninėje; ligoniai buvo nužudyti ligoninės skyriuose.

Liuksemburgo karo teismo pasityčiojimo komedija baigta. Su įžymiu francūzų inteligentijos atstovu gyd. Toni Moilin apsidirbta. Jį apsupa kurčios kareivių ir kerštaujančios buržuazijos sienos. Su aukštai pakelta galva žengia į bausmės vietą Moilin — talentingas gydytojas ir politinis Komunos darbininkas.

T. Moilin karštai mylėjo mokslą: jis per dešimtis metų pirmyn kiaurai matė Francūziją, išvaduotą nuo bankierių, ren-

tininkų ir turgininkų. Paryžiaus Komunoje jis numatė ateities aušrą.

Vyriškai išklausė T. Moilin karo teismo sprendimą: „Jūs — vienas iš socializmo vadų, viena iš pavojingiausių asmenybių, tokiais mums reikia nusikratyti". Paskutiniai Moilin'o žodžiai: „Tegyvuoja Komuna! Tegyvuoja žmonija!"

Thiers manė, kad su revoliucija baigta. Revoliucija nemirė. Paryžiuje, slėpdamasis nuo Thiers'o agentų, poetas - komunaras Eugène Potier visą savo rūstybę, visą neapykantą buržuazijai išreiškė stambiausiame revoliucinės poezijos paminkle — „Internacionale". Londone Karolis Marksas analizavo didįjį Paryžiaus mėginimą.

Į istoriją einančią Komuną saliutavo Marksas genialios savo knygos „Piliečių karas Francūzijoje" nesugriaunama argumentacija, Eugène Potier galingomis „Internacionalo" strofomis ir Toni Moilin — didvyriška kova ir drąsia mirtimi.

„Paryžius visuomet gerbs darbininkus su jų Komuna, kaip garsų naujos visuomenės pranašą. Jo kankiniai pasistatė paminklą didžioje darbininkų klasės širdyje" (Marksas). To paminklo - švyturio atspindžiai artimi širdžiai ir brangūs socialistinės tėvynės darbo žmonėms, viso pasaulio proletariatui.

Per dešimtmečius eina Komunos aidas: jos atgarsiai, sustiprinti Didžiosios Spalių revoliucijos skardu, nuskambėjo Visasąjunginiame Tarybų suvažiavime, kai buvo nutarta įsteigti TSRS sveikatos apsaugos liaudies komisariatas, kas ir buvo įvykdyta istoriniu, Lenino pasirašytu, 1918. VII. 11 d. dekretu. Komunarų idėja „apie medicinos dalies valdybos vieningumą" buvo realizuota.

Ir mums, kaip kovos šūkis veikti, skamba komunarų — darbininkų, gydytojų, sanitarijos - apsaugos sąjungų eilinių dalyvių — garsios Paryžiaus Komunos herojų ir kankinių vardai.

Literatūra.

1. Dauban; Le fond de la société sous la Commune. Paris. 1873. 135—136 psl.
2. Enquête parlamentaire sur l'insurrection du 18 mars. 1872. I-III t.
3. Gegužės 6 d. manifestas.
4. Ленин: Собрание сочинений. XXI t., 3 8 psl. VIII t, 81 psl
5. Lepelletier, Edmound; Histoire de la Commune de Paris. 111 t., 372—373 psl.
6. Lissagaray, P.; Histoire de la Commune. 1871.
7. Маркс: Гражданская война во Франции. Партизд. Москва. 1934. 62 psl.
8. Молок, А. И: Парижская Коммуна 1871 г. в документах и материалах. ГИЗ. 1925. 439 psl.
9. Протоколы Парижской Коммуны (28. III. — 30. IV. 1871). Партизд. Москва. 1933. 76—77 psl.; 84 psl.; 354—355 psl.; 118 psl.; 142 psl., ir 373 psl.
10. Сталин: Вопросы Ленинизма. Изд. II-ое, 35 psl.
11. Zevals, Alexandre. Eugène Potier e „L'internationale" Paris. 1936, 62 psl.

Prof. Anton Pytel.

Policistiškos inkstų degeneracijos klausimu.

(Iš Stalingrado Medicinos instituto fakultetinės chirurginės klinikos. Direktorius A. J. Pytel)

Policistiška inkstų degeneracija yra savotiškas patologinis procesas, pasireiškiąs inkstų audinio pakitimu dideliu skaičium įvairaus didumo cistų, duodančių tam organui kartais keistą vynuogių kekės išvaizdą. Nepaisant to, kad tas susirgimas jau palyginti seniai kreipia į save patologų, internistų ir chirurgų dėmesį, vis delto daugelis policistiškai degeneravusių inkstų etiopatogenezės, klinikos ir gydymo klausimų lieka ligšiol neištirtų.

Patologo - anatominių institutų statistiniais duomenimis (žiūr. 1 lentelę) šitas susirgimas reikia laikyti labai retu; antra vertus, chirurginių ir urologinių klinikų ir stambiųjų ligoninių medžiagos tyrimas rodo, kad cistiškai degeneravę inkstai pasitaiko ne taip jau retai, kaip apie tai kalbama literatūroje (žiūr. 2 lentelę). Marion viename iš paskutiniųjų savo veikalų nurodo, kad cistinė inkstų degeneracija yra palyginti dažnas susirgimas, ir su tuo reikia visiškai sutikti; iš mano vedamos Chirurginės klinikos medžiagos per paskutinius trejus metus stebėti 6 ligoniai su policistiškai degeneravusiais inkstais iš bendro skaičiaus 374 inkstinių ligonių.

1-oji lentelė.

Skrodimų medžiaga.

Autorius, paskelbimo metai	Patologo-anatominių skrodimų kiekis	Kiek rasta policistinių inkstų?
Naumann 1897	10.177	16
Gruber........ 1925	3.500	9
SokolovN..... 1928	50.198	192
Kazakov...... 1928	20.912	22
Ward.......... 1928	14.000	40

2-ji lentelė

Klinikų medžiaga.

Klinikos pavadinimas, paskelbimo metai	Metai	Policistiškų inkstų degenerac. atsitikimai	Policistinių inkstų operuota	
S. P. Fiodorov'o klinika (Leningradas) 1934 . . .	30	18	11	Iš 1030 inkstų operacijų
R. M. Fronštein'o klinika (Maskva) 1933	10	20	6	
J. G. Gotlib'o klinika (Maskva) 1939	8	28	3	
W. ir C. Mayo klinika (Rochester) 1934	25	193	85	Iš 600.000 visų ligonių, perėjusių per kliniką.
Vl Miš'o klin. (Novosibirskas) 1938	30	1	1	Iš 439 inkstų opercijų.
G. M. Muchadze's klinika (Tbilisi) 1929	4	3	3	Iš 140 inkstinių ligonių.
J. M. Irger'io klinika (Minskas) 1939	12	2	1	Iš 325 inkstinių ligonių.
A. J. Pytel'io klinika (Stalingradas) 1940	3	6	4	Iš 374 inkstinių ligonių.

Patogenezė.

Šito savotiško susirgimo atsiradimas ir išsivystymo mechanizmas daugeliu atžvilgių tebėra mįslė. Policistiškos inkstų degeneracijos etiopatogenezės pagrindinės teorijos minėtinos yra šios:

I. *Uždegimiškai - retencinė teorija* aiškina cistų atsiradimą uždegiminiu procesu šlapiminiuose kanalėliuose su paskesne daline jų obliteracija ir cistų susidarymu pagal retencinį tipą (Virchow, 1855):

a) pas vaikus — kaip surenkamųjų kanalėlių atrezijos rezultatas del intersticinės fibrozės ir buvusio uždegiminio proceso inkstų papilėse dar ankstyvaus įsčių gyvenimo metu;

b) pas užaugusius — kaip intersticinio aprėžto nefrito rezultatas ankstyvaus gemalinio gyvenimo metu su paskesniu retencinių cistų išsivystymu.

II. Auglinė teorija aiškina inkstų cistų vystymąsi pagal adenocistomų tipą, analogiškai su kiaušdėčių, krūties ir kitų organų adenocistomomis; — adenocystoma multiloculare renis (Michalowitz — 1876; Brigidi ir Severi — 1880).

III. Gemalinė teorija pripažįsta dalinę arba visišką mezonefrinių kanalėlių obliteraciją ankstyvame įsčių gyvenime su išvirtimu jų cistiškais augliais (Shattock, 1899).

IV. Defektyvus uretero - inkstinės ir mezonefrogeninės atžalų susijungimas inkstams besiformuojant (Huber, 1912).

V. Daugelio cistiškai išsiplėtusių inkstinių kanalėlių atgalainės raidos sustojimas ar nebuvimas, kas sudaro fiziologinį procesą, bet tik ankstyvoje embrioninio gyvenimo stadijoje (Kampmeier, 1923).

V. Malpigijaus kūnelių (kamuolėlių) ir Baumann'o kapsulių ydingas vystymasis, resp. vystymosi sustojimas gemaliniame gyvenime (Maier — 1924; Risak — 1928).

Uždegimiškai retencinė ir auglinė teorijos šiuo laiku beveik nebeturi šalininkų. Daug susidomėta sutrikdyto inkstų embrioninio vystymosi teorija. Aukščiau nurodytosios Shattock'o, Huber'o, Kampmeier'o, Maier'o ir Risak'o teorijos (III, IV, V ir VI) iš esmės papildo vienos kitas ir gali būti sujungtos į vieną vadinamąją „gemalinę teoriją"; jos rodo, kad policistinio inksto išsivystymo pagrindą sudaro, viena vertus, mezonefrogeninio epitelio augimo sutrikdymas ir, antra vertus, — netinkama inksto vystymosi eiga, kai nelaiku ir anormaliai jungiasi sekretorinis ir ekskretorinis jo aparatai.

Kupffer'io (1865, 1866) embriologiniai tyrinėjimai, davę pradžią dualistinei inkstų kilmės teorijai, tuo būdu davė progą sukurti naujas policistiškas inkstų degeneracijos patogenezės teorijas — nenormalaus embrioninio vystomosi teorijas. Sekretorinis inksto aparatas (Malpigijaus kūneliai, vingiuotieji kanalėliai) yra mezonefrogeninės blastemos išvestinis, o ekskretorinis aparatas (tiesieji kanalėliai, taurelės, geldelės ir ureteriai) susidaro iš Volf'o kūno ataugos. Toji atauga (uretero—inkstinė atžala besivystydama (žiūr. 1 pieš.: III, IV V=ureter, renal pelvis, kidney) greit artinasi prie mezonefrinės blastemos (žiūr. 1 pieš. — Mezonephric tubules a. glomeruli) ir ilgėja, pamažu virsdama ureteriu, kurio laisvasis galas, grybo pavidalu besiplėsdamas, sudaro geldelę ir taureles (žiūr. 1 pieš. : IV, V).

Toliau šita pirmykštė geldelė su taurelėmis turi susijungti su mezonefrogeniniu audiniu; tat pasidaro tuo būdu, kad tiek

1-sis piešinys.

Inksto vystymosi schema žmogaus embrione (pagal Shikinami).

mezonefrogeninė blastema (Mesonephric tubules and glomeruli; 1 pieš. : III. IV, V), tiek ir pirmykštė geldelė su taurelėmis atsigręžia viena į kitą, apsisukdamos aplink išilgines savo ašis; taip tad mezonefrinių kanalėlių ir kamuolėlių priešakinė pusė susiglaudžia su pasisukusių surenkamųjų kanalėlių, taurelių ir geldelės priešakinė puse. Įsčių gyvenimo antrojo mėnesio gale nefrogeninė blastema būna išsisklaidžiusi į daugybę smulkių fragmentų, kaip matyti iš 1 pieš. (Mesonephric tubules and glomeruli), kurie lyg kepuraite apmauna kiekvieną surenkamąjį vamzdelį; toliau atsiranda šlapiminiai kanalėliai, diferencijuojasi Baumann'o kapsulė, paskui kamuolėlis, vingiuotieji kanalėliai ir Henle's kilpa.

Įvairūs ekzo - ir endogeniniai veiksniai, sulaiką šitų dviejų sistemų normalų susijungimą ar suartėjimą, tolimesnėje eigoje ir nulemia anormalų inkstų vystymąsi; reikia manyti, kad mezofreniniai kanalėliai, nesusijungę su surenkamaisiais vamzdeliais, distalinėse savo dalyse užanka, todėl jų audinių elementų aktyvus sekretorinis veikimas veda ilgainiui prie inkstų retencinių cistų susidarymo. Inkstų policistiškai degeneracijai besivystant, aukščiau nurodytas neužsibaigęs mezonefrogeninės blastemos elementų susijungimo procesas su Volfo kūno ataugos elementais vyksta betgi ne visame plotyje; tam tikras me-

zofreninių kanalėlių skaičius vis tik suskumba susijungti su surenkamaisiais vamzdeliais, kas toliau ir patikrina, nepaisant žymios policistiškos degeneracijos, visiškai normalią inkstų funkciją.

Neseniai daryti labai rūpestingi inkstų ir policistiškos jų degeneracijos embriogenezės Kampmeier'io tyrinėjimai irgi patvirtina ydingo embrioninio vystymosi teorijos teisingumą. Kampmeier'io nuomone, visi žmonės įsčių gyvenime, inkstams besiformuojant, nemaža esą turėję cistiškai išsiplėtusių inkstinių kanalėlių, kurie ilgainiui regresavę. Tais atsitikimais, kai cistiškai išsiplėtę kanalėliai neišnyksta, resp. neužanka, bet dargi padidėja tiek dydžiu, tiek ir skaičium, tuomet įvyksta policistiška inkstų degeneracija.

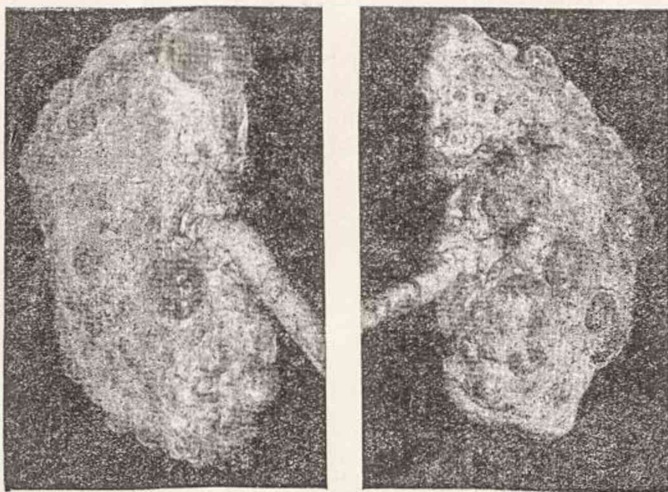
Tuo būdu reikia pripažinti, kad policistiškos inkstų degeneracijos patogenezė siejasi su įgimta organo išsivystymo yda: normalaus augimo sutrikimu, inksto tiesiųjų ir vingiuotųjų kanalėlių iškrypusių susijungimo procesu, kurį paskiau seka daugybė išsivystančių retencinių cistų ir mezencheminio audinio narvelių reaktyvinis augimas. Tarp esamųjų policistiškos inkstų degeneracijos kilmės teorijų sutrikusios embrioninio vystymosi teorija, kuri remiasi inksto kilmės dualistiniu supratimu, verta užvis didesnio dėmesio.

Bet kad ir kaip būtų originali ir visiškai įrodoma inksto disembrioplazijos teorija, vis delto ji viena išaiškinti inkstų degeneracijos patogenezę ne visuomet gali. Reikia sutikti su Berner'iu, kurs manė, kad „cistiškai degeneravusiuose inkstuose visuomet galima rasti sutrikusio embrioninio vystymosi požymių, bet tos embrioninės anomalijos pačios vienos negali padaryti cistiškai degeneruotų inkstų; čia pastebima didesnio ar mažesnio laipsnio epitelio proliferacija turi kartais panašumo su adenomų tipu".

Dažnas policistiškos inkstų degeneracijos perdavimas paveldėjimo būdu, lygiai kaip šito įgimto susirgimo kombinacijos su kitomis vystymosi ydomis ir kitų organų cistiška degeneracija, kalba irgi už sutrikdyto inkstų embrioninio vystymosi teoriją. Pvz., Bull Borelize yra aprašę keletą policistinių inkstų atsitikimų vienoje šeimoje pas trijų kartų atstovus (pagal Irger'į). Singer aprašo įdomų stebėjimą, liečiantį vieną moteriškę, kuri iš 13 nėštumų 5 naujagimius turėjo su policistiniais inkstais. Viename iš Irger'io ir Vasilevski'o atsitikimų policistiška inkstų degeneracija rasta pas 3 tos pačios šeimos asmenis. Analogiškus atsitikimus aprašė Crawford, Talman, Chesin ir kiti. Afanasjev stebėjo pacientę su policistiniais inkstais, kurios artimiausieji giminės (senelis, senelė, motina, teta — tikra motinos sesuo, dvi seserys) sirgo, kaip tenka manyti, policistiška inkstų degeneracija; ligos perdavimas šituo atveju ėjo tik moteriškąją linija. Gordon ir Trasoff aprašė 9 policistinio inksto atsitikimus vienoje šeimoje.

Iš mūsiškių 6 ligonių apie 4 yra žinių, kad jie turėjo paveldimą ligos pobūdį. Policistinių inkstų sąsyjis su kitų organų ir sistemų vystymosi ydomis pas tą patį asmenį buvo konstatuojamas irgi gana dažnai. Jau Morris (1885) yra aprašęs inkstų cistiškos degeneracijos atsitikimą pas naujagimį, kuris neturėjo anus, rectum, urethra ir išorinių lytinių organų, be to, turėjo nukrypimų nuo normalaus tipo šlapiminės pūslės, gimdos ir sigmoidinės žarnos išsivystyme. Hensinger'io atsitikimu dešiniojoje pusėje buvo policistinis inkstas ir čia pat stigo atitinkamos kojos ir pusės lytinių organų. Yra nurodymų apie policistinių inkstų kombinacijas su kiškio lūpa, vilko nasrais, polidaktilija, sindaktilija, fimoze, uretros atrezija, išorinių ir vidinių lytinių organų anomalijomis ir kitais įgimtais luošumais (Hexheimer, Lever, Duffey ir kiti). 1939 m. O'Crowley ir Martland aprašė 3 policistiškos inkstų degeneracijos atsitikimus drauge su įgimtomis smegenų arterijų aneurizmomis. Vienu laiku su inkstų policistiška degeneracija gana dažnai randama policistiška kepenų degeneracija; kartais drauge eina blužnies, kasos, plaučių, skydliaukės ir kitų organų cistiška degeneracija; Bircher mano, kad 10% cistiškos degeneracijos atsitikimų kombinuojasi su cistiška kitų organų degeneracija.

Cistiška inkstų degeneracija beveik visuomet būna abipusis susirgimas, bet pakenkimo laipsnis gali būti nelygus. Tiek senieji statistikos duomenys (Sieber, Lejars, Singer), tiek ir naujieji (Sokolov N. N., Braasch) rodo, kad vienašalis palietimas pasitaiko ypatingai retai, vidutiniškai 4—5% visų atsitikimų, kas be abejo turi didelės reikšmės diagnozei. Jei susirgimas lokalizuojasi tik vienoje pusėje, tai kairysis inkstas paliečiamas dažniau už dešinįjį (Sokolov).



2 pieš. a ir b (4-tas atsitikimas).

Morfologiškai imant, policistiniai inkstai — konglomeratas nesuskaitomos daugybės įvairaus didumo cistų, pripildančių visą organą, taip kad iš inksto parenchimos belieka tik nežymios audinio salelės, įsiterpusios tarp cistų; toks inkstas paprastai būna panašus į vynuogių kekę (žiūr. 2 pieš.). Tam tikras to išaiškinimas galima rasti filo - ir ontogenezėje kepenų ir inkstų, susijusių glaudžia funkcine ir morfologine koreliacija (žiūr. mano monografiją „Kepenų - inkstų sindromas chirurgijoje", Stalingradas 1938). Retai tepasitaiko dalinė inksto degeneracija. Cistose randama skaidrus, bespalvis, kartais gelsvas, rausvas, hemorolizinis skystis. Geldelė su taurelėmis visuomet būna deformuotos, ištisusios. Policistiniai inkstai gali būti labai dideli (inksto ilgis 30—40 cm. ir daugiau) ir labai sunkūs (1,5—2,0 klg.); Braasch'o ir Schacht'o atsitikimu inkstas svėrė 7,284 klg.

Klinika.

Kliniškas policistiškos inkstų degeneracijos vaizdas labai nevienodas ir savo pagrinde pareina nuo tų ar kitų šitą ligą komplikuojančių priežasčių, dažniausiai infekcinio pobūdžio. Seniai yra žinomas faktas, kad žmonės su policistiniais inkstais gali gyventi labai ilgai, nieku jais nesiskųsdami. Žinoma nemaža atsitikimų, kur policistiniai inkstai pripuolamai buvo rasti pas žmones, mirusius kitomis kuriomis nors ligomis. Kliniški stebėjimai rodo, kad ligoniai ilgus metus gali visiškai nežinoti apie savo inkstų vystymosi ydą, net gi esant aukštam jų degeneracijos laipsniui. Sieber mano, kad septintoji ar aštuntoji visų policistinių inkstų dalis, o pagal Ritchie — dešimtoji dalis, esą latentiško pobūdžio ir kliniškai nieku nepasireiškią.

Pirmieji ligos simptomai pasirodo arba pirmosios vaikystės metu, arba dažniausiai 35—55 metų amžiuje. Statistiniai Legueu duomenys rodo, kad iš 187 ligonių, mirusių nuo policistiškos inkstų degeneracijos ir šiokių ir tokių jų komplikacijų, iki 20 metų mirė 2 ligoniai, 21—30 m. — 13 ligonių, 31—40 m. — 26 ligoniai, 41—50 m. — 69 ligoniai, 51—60 m. — 47 ligoniai, 61—70 m. — 17 ligonių, 71—80 m. — 11 ligonių ir 81—90 m. — 2 ligoniai. Tų ligonių mirtis ateidavo kartais staiga del anurijos, hematurijos, uremijos ir kraujo išsiliejimo į smegenis.

Seniau reiškiama nuomonė, kad vyrai susergą policistiška inkstų degeneracija rečiau už moteris, nepasitvirtina; pasirėmus dideliu skaičium tiek kliniškų stebėjimų, tiek ir patologo-anatomiškų skrodimų, reikia pripažinti, kad vyrai ir moterys serga vienodai dažnai. Iš 193 ligonių su policistiška inkstų degeneracija, Braasch'o stebėtų brolių Mayo klinikoje, 95 buvo vyrai. Mes savo klinikoje policistinius insktus stebėjome pas 4 moteris ir 2 vyrus.

Svarbiausieji policistiškos inkstų degeneracijos simptomai yra šie: 1) skausmai juosmenyje ir po šonkauliais, 2) navikas inkstų srityje ir 3) chroniško nefrito simptomų kompleksas. Prie šių pagrindinių simptomų kartais prisideda hematurija, pyurija (pyelitas), karščiavimas (cistų pūliavimas, pyelonefritas) ir žarnų spaudimo reiškiniai iš padidėjusių inkstų pusės (vidurių užkietėjimas, prietvaras). Skausmai lokalizuojasi paprastai juosmens srityje ir viršutinėje pilvo dalyje ir turi spaudimo, maudimo, kartais dieglio pobūdį; jie pareina, matyti, nuo patologiško inkstų paslankumo, nuo jų spaudimo į gretimuosius audinius ir organus, taip pat nuo pasunkėjimo šlapimams nubėgti iš geldelės; skausmai gali kartais sietis su perinefritu, pyelitu arba pūliavimu inkstų cistose, taip pat su nefrolitiaze — liga, komplikuojančią policistišką inkstų degeneraciją. Skausmai kartais atsiliepia kirkšnių srityje ir duobutėje po krūtine.

Gumbuotų navikų buvimas abiejose inkstų srityse yra būdingas šitam susirgimui ir dauguma atsitikimų neabejotinai patvirtina diagnozę. Inkstai būna žymiai padidėję, su stambiai grublotu paviršium; kartais jie užauga milžiniško didumo, užimdami visą inkstų ir dubens sritį; beveik kaip taisyklė — susirgimo abipusiškumas; tik labai retai policistiška inkstų degeneracija randama vienoje pusėje. Inksto neapčiuopiamumas dar neduoda pagrindo neigti policistišką jo degeneraciją, nes maži hipoplastiški policistiniai inkstai gali būti visai neapčiuopiami; abipusės policistiškos inkstų degeneracijos dviem atsitikimais inksto iš kairiosios pusės negalėjome apčiuopti. Iš prof. Gotlib'o klinikos medžiagos (Gimpelson) 14-a atsitikimų buvo apčiuopiami padidėję inkstai iš abiejų pusių, 10-čia atsitikimų buvo apčiuopiamas vienas padidėjęs grublotas inkstas ir 6-iais iš jų antrasis inkstas visiškai nebuvo apčiuopiamas, o 4-iais atsitikimais antrasis inkstas nors ir buvo apčiuopiamas, bet palpuojant nieko būdinga policistiškai degeneracijai neturėjo; vienu atsitikimu abu inkstai buvo visiškai neapčiuopiami.

Brolių Mayo (Braasch, Schacht) klinikoje, kur įregistruoti 193 policistiškos inkstų degeneracijos atsitikimai, iš abiejų pusių inkstai buvo apčiuopiami 151-u atsitikimu, iš vienos pusės — 30-čia atsitikimų ir 12-ka atsitikimų visai nebuvo apčiuopiami. Pas liesus subjektus galima kartais rasti fliuktuacija vienos iš inkstų didesniųjų cistų; Sieber surinko iš literatūros 12 atsitikimų, kur pasisekė rasti policistinių inkstų fliuktuacija. Labai padidėję inkstai pasidaro paslankūs ir net kvėpuojant lengvai juda. Palpuojant galima retkarčiais aptikti grublotų, panašių į inkstus, padarų taip pat ir kepenų, kiaušdėčių bei kitų organų srityse, kas rodo į cistišką šitų organų degeneraciją. Chroniško nefrito simptomų kompleksas, pasireiškiąs su didesniu ar mažesniu intensyvumu, būna beveik visais policistinių inkstų atsitikimais dekompensacijos stadijoje: galvos skaudėjimas, ne-

noras valgyti, pykulys, kartais vėmulys, troškulys, viduriavimas (eliminacinis enteritas); itin yra būdinga polyurija ir hipostenurija; diurezė svyruoja tarp 2—3 ir daugiau litrų (žinomi atsitikimai, kai šlapimų paros kiekis siekė 10—12 litrų), o ligoniai skundžiasi nuolatiniu troškuliu. Šlapimai labai žemo lyginamojo svorio: 1004—1012, dažnai nikturija. Albuminurija būna beveik visuomet (pagal B r i n'ą — 75% visų atsitikimų): baltymų kiekis nežymus, kartais — iki 1%; sunkiais atsitikimais, pasireiškiančiais uremija, albuminurija esti didesnė. Įdomu, kad net patologiškam procesui inkstuose toli pažengus, šlapimuose, beveik kaip taisyklė, grūduotųjų cilindrų nebūna, o hyalininiai labai retai tepasitaiko. Hematuriją makroskopiškai kai kurie autoriai stebėjo penktoje visų atsitikimų dalyje (Bi r c h e r), kiti dažniau — viename trečdalyje (B r i n). Gotlib'o klinikoje hematurija stebėta visų policistinių inkstų ketvirtadalyje, iš jų vieną sykį hematurija buvo profuzinė, kitais atsitikimais šlapimai buvo vidutiniškai nudažyti krauju. Atsiranda hematurija, matyt, del ūmios veninės stazės, esant patologiškai paslankiam inkstui, arba ją sukelia nefritiniai procesai inkstuose, cirkuliacijos sutrikimai induose ir retkarčiais konkrementai ir kiti ligą komplikuojantieji procesai. Policistinių inkstų hematurija gali eiti kartu su smarkiais inkstinių dieglių pobūdžio skausmais.

Policistiniai inkstai tiktai tada atsiliepia į ligonių sveikatą, kai jie komplikuojasi nefritu, geldelės uždegimu, hidronefroze ar izoliuotų cistų pūliavimu, arba inkstų akmenimis, tuberkulioze ir kitais procesais. Šitie antriniai patologiniai procesai palyginti dažnai atsiranda tik viename inkste, taigi ir ligos smptomų komplekse paprastai būna vienašalis susirgimas. Čia pat reikia priskirti ir traumos įtaka policistiniams inkstams, nors ji būtų visai menka. Literatūroje yra aprašyta atsitikimų (G r a y, M i c h a l o w i c z, K i d e r l e n ir kiti, kur trauma sukėlė ligos simptomus, kur del traumos įvyko ligos paūmėjimas, ir cistos greitai ėmė augti.

Daugelis ligonių kreipiasi į gydytoją paprastai ne del inkstų nepakankamumo simptomų, kurs daugiau ar mažiau beveik visuomet reiškiasi, bet del naviko viduriuose ir jo keliamų skausmų.

Kliniškas šitos ligos įvairumas ne vieną autorių vertė, žinoma, išskirti jos stadijas ir formas. Tikslingiausiu reikia laikyti A l b a r r a n'o ir I m b e r t'o šių ligos formų nustatymas:

1. I n k s t i n ė f o r m a, turinti pagrinde inkstinius simptomus (skausmas, hematurija, navikas).

2. B r i g t'o (B r a i t o) forma, pasireiškianti visais simptomų kompleksais (inkstų, širdies - kraujagyslių nepakankamumas ir kt.).

3. U r e m i n ė f o r m a, pasireiškianti staigiais ureminiais stoviais prie visiškos, atrodo, sveikatos; baigiasi kartais ligonio mirtimi.

Verta dėmesio ir T a l m a n'o klasifikacija, kurs skiria šias policistinių inkstų kliniškos eigos formas:

1. Policistiniai inkstai, kurie nieku kliniškai nepasireiškia (kompensuotas stovis).
2. Policistiniai inkstai su nepakankamumo reiškiniais.
3. Policistiniai inkstai, pasireiškią liguistais sutrikimais del įvykusių juose komplikacijų (patologiškas inksto paslankumas, akmenys, uždegiminiai procesai, cistų pūliavimai, tuberkuliozė ir kt.).

Trečiosios grupės atsitikimai pagal T a l m a n'o klasifikaciją paprastai ir sudaro operatyvaus gydymo objektą. Šalia išvardytų kliniškos policistinių inkstų eigos formų dažnai būna mišrių formų, pereinančių viena į kitą; kliniški stebėjimai rodo, kad 2 ir 3 forma pagal A l b a r r a n'o - I m b e r t'o klasifikaciją, kaip ir 2 bei 3 forma pagal T a l m a n'o klasifikaciją grynu pavidalu retai tepasitaiko. Nuolatos mes matome vadinamosios Bright'o formos simptomų kombinaciją su uremiško ir suburemiško stovio simptomų kompleksu, su didesnio ar mažesnio laipsnio persvara kliniškame vaizde vienos ar antros grupės simptomų. Štai del ko į aukščiau minėtas klasifikacijas reikia žiūrėti tik kaip į schemą, padedančią gydytojams sutelkti dėmesį, tyrinėjant ligonius, sergančius inkstų policistiška degeneracija.

Policistiškos inkstų degeneracijos atsitikimai, priskiriami pagal A b a r r a n'ą - I m b e r t'ą prie pirmosios, „inkstinės formos", dažniausiai lydimi skausminio sindromo. Pavyzdžiu galėtų eiti šie mūsų stebėjimai.

1. **Pirmasis atsitikimas.** Ligonė J. F., 55 m. amžiaus, įstojo į kliniką 1939. VIII. 31, skųsdamasi maudžiančiais, dažnai paūmėjančiais skausmais dešiniojoje juosmens pusėje. Būdama 34 metų amžiaus, persirgusi dėmėtąją šiltinę. Penkis kartus buvusi nėščia, ir visi gimdymai buvę normalūs. Iš paveldėjimo pusės nieko prikišti negalima. Skausmai dešiniojoje juosmens pusėje pirmą sykį atsiradę prieš tris mėnesius, sunkiai pakėlus; dizurijos reiškinių nebuvę. Netrukus dešiniosios pilvo pusės viršutinėje dalyje pastebėjusi pas save grublotą neskausmingą naviką. Skausmai juosmens srityje kartais paūmėdavę, ir ligonė būdavusi priversta gulti į lovą. Paskutiniais dvejais metais — troškulys ir užkietėję viduriai.

S t a t u s p r a e s e n s. T° 37,7—37,2. Ligonė vidutiniško ūgio. Širdis ir plaučiai normalūs. Tvinksnis 74, patenkinamai prisipildęs. Kraujospūdis pagal Riva-Rocci 135/65 mm Hg. Viduriai neišsipūtę, neskausmingi. Kepenys paliai linea mammillaris išsikiša iš po šonkaulių per pusantro piršto, neskausmingos. Blužnis neapčiuopiama. Dešinėje pusėje po šonkauliais aiškiai apčiuopiamas didelis grublotas navikiškas kietai elastiškos konsistencijos padaras. Tasai padaras vertikaline linkme kiek paslankus, neskausmingas, gerai apčiuopiamas ir iš juosmens pusės. Viršutinio jo ašigalio aiškiai apibrėžti negalima; minėtojo padaro didumas 18×12 cm. Pasternackio simptomas iš dešinės teigiamas. Kairysis inkstas sunkiai apčiuopiamas; žemutinis jo ašigalis nelygus. Šlapinimasis normalus. Pripūtus oro į žarnas per rectum, paaiškėjo, kad minėtasai navikiškas padaras randamas už colon ascendens, retroperitoninėje srityje. Genitalijos — normalios. Viduriai užkietėję. Šlapimų analizė: reakcija rūgšti, lyginamasai svoris 1.009. Baltymų — 0,099°/$_{00}$. Nuosėdose 70—80 leukocitų regėjimo lauke, daug plokščiojo epitelio narvelių. Uratai.

Bakteriologinis šlapimų pasėlis davė stafilokokus. Kraujo analizė: Hb 70%, eritrocitų 3.550.000, leukocitų 10.700, spalvinis rodiklis 1,0. Roė — 59 m/m per 1 valandą. Leukocitinė formulė: eozinofilų 1%, neutrofilinių lazdelių 11%, segment. 65%, limfocitų 21%, monocitų 2%. Funkcinis mėginys pagal Zimnickį: dienos diurezė 220,0, nakties 650,0. Šlapimų lyginamasis svoris 1.008—1.018.

Chromocistoskopija: nemaža gleivinės hiperemija dešiniojo ureterio žiočių srityje. Indigokarminas iš kairiųjų ureterio žiočių pasirodė penktą minutę, iš dešiniųjų — septintą. Apžvalginėje nuotraukoje konkrementų inkstų takuose nepastebėta. Atgalainė dešininė pyelografija sergozinu: geldelė pailgėjusi ir ištisusi, randasi pirmojo - trečiojo juosmens slankstelio aukštumoje. Taurelės išsiplėtusios ir siejasi su geldele siaurais spindžiais; vidurinės taurelės srityje siauras pjautuvo pavidalo šešėlis, einąs kaip atsaja (ataseja) nuo geldelės į inksto parenchimą. Geldelė su taurelėmis truputį paslinkusi į stuburo pusę.

Diagnozė: Policistiška inkstų degeneracija, pyelitas.

Gydymas: Urotropino leidimas į veną, vonios, dietoterapija. Penktą gulėjimo dieną klinikoje ligonės temperatūra, buvusi ligtol subfebrilė, nukrito iki normos. Šlapimų analizė iš rugsėjo 7-tos dienos rodė visiškai mažą albuminuriją ir pyurijos nebuvimą. Viduriai tvarkingi.

Ligonė išstojo iš klinikos 1939. IX 10 d. žymiai pagerėjusi.

Policistiška inkstų degeneracija pasireiškė šituo atveju 55-tais metais amžiaus, prisidėjus pyelitui, kurį lydėjo skausmai juosmens srityje ir subfebrilinė temperatūra.

2. **Antrasis atsitikimas.** Ligonė A. E., 31 m. amžiaus, įstojo į kliniką 1939. IX. 29, nusiskųsdama smarkiais skausmais juosmenyje ir dešiniojoje pilvo pusėje, padažnėjusiu šlapinimusi. Vaikystėje sirgusi maliarija. Nėščia buvusi septynis kartus: tris kartus pagimdžiusi laimingai ir keturi nėštumai buvę pertraukti dirbtiniais abortais. Ligonės brolis miręs prieš dvejus metus 34 metų amžiuje inkstų liga; buvęs gydomas vienoje iš Stalingrado ligoninių ir, kaip paaiškėjo, uremijos kankinamas žuvo nuo policistiškos inkstų degeneracijos. Pacientė apsirgo staiga nakčia į IX. 29 d.; suėmę smarkūs skausmai dešiniojoje juosmens pusėje ir ėmę dažnai varyti šlapintis. Skausmai ramstę į kirkšnį ir buvę lydimi aukštos temperatūros. Hematurijos nebuvę. Viduriai normalūs. Analogišką skausmų priepuolį su aukšta temperatūra ligonė turėjusi 1939. VIII. 26; tuomet keletą dienų išgulėjusi lovoje. Per paskutinius 3—4 metus jaučianti troškulį ir sausumą burnoje, išgerianti į parą apie 15 stiklinių skystimo. Dažnai skaudą galvą, turinti palaidus vidurius. Ilgą laiką gydžiusis nuo dieglio. Be to, pastebi, kad paskutiniais metais žymiai padidėjusi diurezė ir šlapinimasis padažnėjęs.

Status praesens. T° 38,3—38,2. Ūgio žemesnio kaip vidutiniškas, silpnokos mitybos. Plaučiai normalūs. Širdies ribos neišsiplėtusios; pirmasai tonas širdies viršūnėje akcentuotas. Tvinksnis 96, patenkinamai prisipildęs. Kraujospūdis arterijose 110/55. Spaudimas venose 120 mm H_2O. Liežuvis aptrauktas, drėgnas; pilvas vidutiniškai išsipūtęs. Iš dešinės pusės po šonkauliais pilvo danga rezistentiška. Kepenys paliai linea mammillaris išsikiša iš po šonkaulių per du skersinius pirštus. Blužnis neapčiuopiama. Dešinėje juosmens pusėje ir dešinėje pošonkaulinėje srityje ne visai aiškiai apčiuopiamas padidėjęs grublotas inkstas. Pasternackio simptomas teigiamas. Šlapinimasis padažnėjęs, kiek skausmingas į galą. Viduriai su klizma. Kitą dieną, kai skausmai žymiai sumažėjo ir pilvo dangos rezistentiškumas išnyko, dešiniojoje pošonkaulinėje srityje ir dešiniojoje juosmens pusėje aiškiai buvo apčiuopiamas didelis grublotas, neskausmingas inkstas, kurio apatinė riba siekė crista iliaca; inkstas gerai paslankus vertikaline linkme. Kairysis inkstas irgi buvo apčiuopiamas, mažesnis už dešinįjį, smulkiai grublotu paviršium, neskausmingas. Genitalijos tvarkingos. Diurezė 2.100 ccm. Išge-

ria vidutiniškai 2—3 litrus skystimo per parą. Šlapimų analizė: reakcija rūgšti, lygin. svoris 1.006. Baltymų 0,066‰. Nuosėdose 20—30 leukocitų ir 3—4 išžluginti eritrocitai regėjimo lauke. Kraujo analizė: Hb 52%, eritrocitų 3.270.000, leukocitų 13.100. Roė 50 m/m per 1 val. Leukocitinė formulė: eozinofilų 2%, neutrofilinių lazdelių 9%, segment. 61%, limfocitų 26%, monocitų 2%. Mėginys pagal Zimnickį: dienos diurezė 1.090, nakties 1.010, lygin. svoris 1.005—1.009.

Chromocistoskopija: nedidelė hiperemija ureterių žiočių srityje. Indigokarminas iš dešiniųjų ureterio žiočių 11-tą minutę, iš kairiųjų 15-tą minutę. Apžvalginėje pyelogramoje konkrementų nepastebėta. Abipusė atgalainė pyelografija sergozinu: iš dešinės, juosmens srityje, 1—3 juosmens slankstelių aukštumoje — žymiai pailgėjusi ir ištisusi geldelė su pyeloektazijos ir antrinio taurelių išsiplėtimo reiškiniais; taurelių galai turi nelygius suteptus kontūrus. Distalinėje dalyje apatinės taurelės baigiasi nedideliais pjautuvo pavidalo šešėliais — vaizdas šiek tiek būdingas navikams. Kairėje juosmens srityje, 1—3 juosmens slankstelių aukštumoje — pailgėjusi ir ištisusi geldelė su plonomis ir galuose išsiplėtusiomis taurelėmis — vaizdas policistiniam inkstui tipiškas.

Diagnozė: Policistiška inkstų degeneracija, susikomplikavusi pyelitu.

Pirmas keturias dienas t°-ra tarp 38,3°—37,4°, sekančias dienas — normali. Pyurija ir skausmai juosmenyje žymiai sumažėjo. Vargino ligonę tik didelis troškulys, sausumas burnoje, galvos skaudėjimas ir nuolat didėjąs silpnumas. Oda ir gleivinės žymiai nublanko. Ligonė vos bepavaikščiojo po menę (palatą). X. 10 padarytas 200,0-ų vienagrupio kraujo perliejimas. Po to ligonė žymiai pagerėjo: pasidarė žvalesnė, išblyškimas žymiai sumažėjo, galvos skaudėjimas ir sausumas burnoje išnyko. Šlapimų analizė: reakcija rūgšti, lygin. svoris 1.008—1.012, baltymų 0,33‰; nuosėdose 10—15 leukocitų regėjimo lauke, pavieniai grūdeliuoti cilindrai preparate. X. 15 d. operacija eterio narkozėje. Dešinioji lumbotomija (prof. Pytel). Aplinkinkstinė riebalinė kapsulė silpnai išsivysčiusi, atrofiška. Inkstas padidėjęs apie keturis sykius, apatinis jo ašigalis yra prie crista ossis ilei. Visas inkstas nusėtas begalinės daugybės įvairių cistų — nuo vyšnios kaulelio iki balandžio kiaušinio didumo. Ypač didelės cistos susitelkusios prie inksto viršutinio ašigalio ant lateralinio ir priešakinio jo paviršiaus; viena iš cistų buvo sulyg vištos kiaušiniu didumo. Daugumoje cistų buvo skaidrus gelsvas skystimas; kai kuriose — šokolado spalvos tiršta tyrė. Įvairių cistų punkcijomis gautas skystimas tyrinėjimams. Visos cistos, susitelkusios ant paviršiaus, ir dalis inksto gilumoje, perpjautos skalpeliu, todėl inkstas žymiai sumažėjo — apie du sykiu. Padaryta keletas siūlių priešakiniame ir užpakaliniame inksto fascijos lapelyje. Žaizda susiūta pasluogsniui.

Tyrimas skystimo, gauto operuojant iš inksto cistų: pirmosios cistos — skaidrus, bespalvis; baltymų joje 16,51‰, 1,2 leukocitai ir 3—4 eritrocitai regėjimo lauke. Antrosios cistos skystimas: skaidrus, gelsvos spalvos; baltymų 13,2‰, 1,2 leukocitai ir 3—4 eritrocitai. Trečiosios cistos skystimas buvo drumstas, šokolado spalvos; baltymų 26,4‰, leukocitų 50—60, eritrocitų 20—25 regėjimo lauke.

Pooperacinis periodas ėjo gerai. Šlapinimasis 4—5 kartus per parą, be skausmo. Žaizda sugijo per primam. Dešimčiai dienų praslinkus po operacijos, inkstai buvo vos beapčiuopiami, jų sritis neskausminga. Šlapimuose labai maža albuminurija. Mėginys pagal Zimnickį: lygin svoris 1.005—1.016, dienos diurezė 690,0, nakties — 570,0. Ligonė išstojo iš klinikos XI. 1 d., žymiai pagerėjusi.

Šituo atsitikimu, kaip ir pirmuoju, liga pasireiškė skausmo simptomu, pareinančiu nuo padidėjusio pyelito, taip pat nuo labai padidėjusio dešiniojo inksto patologiško paslankumo. Įdomu, kad dešinioji pyelograma labai priminė šituo atveju naviko

vaizdą ir tik būdingas policistiškos inkstų degeneracijos vaizdas kairiojoje pyelogramoje šalino abejojimus del dešiniojo inksto naviko rūšies. Pagarsėjęs brolių Mayo klinikos urologas Braasch nurodo, kad policistinio inksto pažinimas, pasirėmus tik vienašale pyelografija, ne visuomet galimas, nes deformavęsis geldelės šešėlis kartais simuliuoja naviką; todėl reikia daryti abipusė pyelografija, nes ji iš karto išsklaido visus diagnozinius abejojimus. Operacijos būdu ištuštinus inksto cistas, mūsų atsitikimu pasisekė žymiai sumažinti inksto dydis, kas neabejotinai pagerino jo parenchimos liekanų funkciją ir atsiliepė bendrosios intoksikacijos reiškinius šalinant. Šitais dviem atsitikimais latentiška policistiška inkstų degeneracija pirmą sykį kliniškai išryškėjo pas ligonis 55-ais ir 31-ais metais. Prof. Gotlib'o klinikos medžiaga, kurią neseniai paskelbė Gimpelnson, rodo, kad iš 28 policistiškos inkstų degeneracijos atsitikimų pirmieji ligos simptomai pasireiškė vienam 19 metų amžiaus ligoniui, 20—30 metų — šešiems ligoniams, 31—40 metų — dešimčiai ligonių, 41—50 metų — septyniems ligoniams. Mūsų duomenys apie 6 ligonius irgi rodo, kad policistiškos inkstų degeneracijos kliniški simptomai atsiranda vėlai, pas daugumą ligonių antrąją gyvenimo pusę.

Yra nuomonė (Zuckerkandl), kad policistiniai inkstai toli pažengusiose ligos stadijose kliniškai praeina, kaip raukšlėtojo inksto atsitikimai; tačiau periodiškas subureminių ir ureminių reiškinių pasirodymas ir išnykimas, ilgos remisijos ligoje, labai retai randama kairiojo širdies skilvelio hipertrofija (Küster, Kiederlen), edemos nebuvimas ir kt. — verčia pripažinti, kad kliniškas policistiškos inkstų degeneracijos vaizdas didžiule dauguma ne tas pats, kaip raukšlėtųjų inkstų vaizdas, jis tik iki tam tikro laipsnio panašus į jį. Veil, vispusiškai ištyręs tris savo ligonius, o Blatt — devynis ligonius, priėjo išvadą, kad nėra tokių nefritų, kurie pasireikštų taip, kaip pasireiškia policistiniai inkstai (Talman); tokios nuomonės dabar laikosi dauguma autorių. Retais gi atsitikimais ligos procesas įgauna progresuojantį pobūdį ir savo eiga turi panašumo su raukšlėtuoju inkstu, greit vesdamas ligonį į kapus; žemiau aprašomieji du atsitikimai aiškiai tatai pavaizduoja.

3. **Trečiasis atsitikimas.** Ligonė S. Z., 25 metų amžiaus. Įstojo į Chirurginę kliniką 1939. II. 26, nusiskųsdama maudžiančiais, spaudžiančiais skausmais juosmenyje, dideliu troškuliu, galvos skaudėjimu, pykuliu ir progresuojančiu regėjimo silpnėjimu. Vaikystėje sirgusi pilvo šiltine. Iš paveldėjimo pusės nieko ypatinga nėsą. Buvusi du sykiu nėščia, gimdymai abu sykiu buvę normalūs. Pirmasis gimdymas įvykęs prieš trejus metus, antrasis — 1938 m. spalių mėnesyje. Nuo 1937 m. pradžios ėmę labai troškinti; antrojo nėštumo metu troškulys padidėjęs, šlapinusis didelėmis porcijomis; dažnai skaudėdavę galvą, vėmusi. Gimdymai buvę laimingi ir laiku. Tuojau po gimdymo atsiradę maudžią skausmai juosmenyje, ūžimas ausyse, dažni galvos skaudėjimai, bendras silpnumas ir nuolat didėjąs regėjimo silpnėjimas; del to ji keletą kartų kreipusis į akių gydytojus, kurie nukreipę ją pas mus.

Status praesens. T° 37,2—37,6. Ligonė vidutiniško ūgio, taisyklingo kūno sudėjimo, silpnokos mitybos. Oda ir gleivinės išblyškusios. Plaučiai normalūs. Kairioji širdies riba per 1,5 cm į kairę nuo linea mammillaris. Tvinksnis 88, patenkinamai prisipildęs, taisyklingas. Kraujospūdis 225/145. Liežuvis drėgnas, neaptrauktas. Pilvas neišsipūtęs, palpuojant skausmingas abiejose pašonkaulinėse srityse, kur tiek dešinėje, tiek ir kairėje apčiuopiami dideli grubloti inkstai, kurių apatinė riba yra žemiau crista iliaca. Inkstai žymiai paslankūs vertikaline linkme ir čiupinėjant truputį skausmingi, ypač dešinysis. Kepenys ir blužnis neapčiuopiamos. Viduriai tvarkingi. Akių tyrimas: dešiniosios akies visus — 0,4; kairiosios akies — 0,5. Dešiniosios akies dugnas blogai diferencijuojamas, tarsi per rūką. Regimojo nervo spenelis nublankęs. Tinklainė drumsta, paburkusi, su nedideliais kraujo išsiliejimais aplink regimąjį nervą. Toks pats ir kairiosios akies vaizdas. Okulisto išvada: retinitis albuminurica. Šlapimų analizė: reakcija rūgšti, lygin. svoris 1007, baltymų pėdsakai; nuosėdose: 10 leukocitų, 1—2 eritrocitai regėjimo lauke, cilindrų nėra. Mėginys pagal Zimnickį: dienos diurezė 650,0, nakties — 620,0, lygin, svoris 1.006—1.008. Kraujo analizė: Hb 46%, eritrocitų 2.710.000, leukocitų 9.050, spalvinis rodiklis 0,85. Leukocitinė formulė: neutrofil. lazd. 4%, segment. 75%, limfocitų 10%, monocitų 5%. Roė 10 m/m per 1 val. Chromocistoskopija: iš abiejų ureterių žiočių indigokarminas nepasirodo per 15 minučių.

Diagnozė: Policistiška inkstų degeneracija (Bright'o forma).

Po trijų dienų ligonė žymiai pablogėjo: pasidarė mieguista, ėmė smarkiai skaudėti galvą, vemti, vidurius paleido, matymas dar labiau pablogėjo. Nuleista kraujo 300 ccm, po to ligonė pasijuto kiek geriau. Bet III. 3 vėl pablogėjimas; kraujospūdis 165/118 mm Hg, spaudimas venose 135 mm H_2O. Oligurija. III. 4 sąmonė tebėra, tvinksnis 102, įtemptas. Liežuvis aptrauktas, sausokas. Kvėpavimas tankus, gilus. Pilvas minkštas, neskausmingas. Visą parą anurija. Keletą kartų vėmulys. Dažnas skystas viduriavimas su tamsaus kraujo priemaiša.

Diagnozė: Ureminis sindromas, eliminacinis gastroenteritas, anurija.

Extra operacija 10 val. vakare vietinėje novokaino anestezijoje (prof. Pytel). Dešinioji lumbotomia. Gana didelė aplinkinkstinės riebalinės kapsulės oedema. Inkstas, pasirodo, labai padidėjęs, su begale įvairaus didumo apkibusių cistų. Prapjauta apie 25—30 cistų tiek ant inksto paviršiaus, tiek ir jo gilumoje; ištuštinta keletas cistų su rausvai žalsvu skystimu, panašiu į pūlius (to skystimo pasėlis vėliau davė stafilokokus). Cistas ištuštinus, inkstas žymiai sumažėjo. Prie inksto apatinio ašigalio privestas tamponas. Kairioji lumbotomia. Analogiškas policistinės kairiojo inksto degeneracijos vaizdas. Prapjauta apie 35—40 įvairaus didumo inkstinių cistų su skaidriu bespalviu ir gelsvos spalvos skystimu. Tamponas prie inksto apatinio ašigalio. Pasluogsniui žaizda užsiūta. III. 5 anksti rytą — šlapimų 250 ccm. Nevemia. Į aplinką ligonė silpnai reaguoja. Tvinksnis dažnas, silpnai prisipildęs. Kvėpavimas dažnas ir gilus. 12 valandą dieną ligonė neteko sąmonės ir vakarop mirė.

Patologo - anatomiško skrodimo duomenys (prozektorius D. I. Mazo): Cistiškai degeneravę inkstai. Kairiojo širdies skilvelio hipertrofija. Širdies ir kepenų raumenų degeneracija. Antinksčių atrofija del spaudimo. Fibroziškai - hemoraginis (eliminacinis) enterokolitas. Agonalinė plaučių ir smegenų oedema. Inkstai mikroskopiškai: matyt įvairaus didumo apskriti ir apvalūs tuštymai; tie tuštymai arba dyki, arba su smulkiai grūdeliuota homogenine mase, iškloti žemu priplotu kubišku epiteliu. Šitas epitelinis tuštymų klojinys daugelyje vietų nuo stromos atsilupęs. Kamuolėliai daugiausia suploti ir labai netaisyklingos formos. Vingiuotųjų kanalėlių visiškai maža; jų epi-

telis grudeliuotai degeneravęs, atsilupęs į kanalėlių spindį. Įterptinių dalių, tiesėjų kanalėlių ir Henlės kilpų dalių yra didelis kiekis; daugelio iš jų epitelis yra atsiskyręs nuo stromos, sudarydamas vingiuotus kaspinus, o vietomis labai painius kamuolėlius. Daugelyje kanalėlių epitelis daugiasluogsnis. Yra ir ištisų epitelio gūžtų ir atsajų, nediferencijuotų į kanalėlius. Visi kanalėliai ir kamuolėliai atskirti vieni nuo kitų sluogsneliais išsikerojusio skaidulinio įvairaus storumo jungiamojo audinio. Šlapiminių kanalėlių įvairių tarpų spindžiuose randamas didelis hyalininių cilindrų kiekis.

4. **Ketvirtasis atsitikimas.** Ligonis K. G., 30 m. amžiaus. Įstojo į kliniką 1939. II 21, nusiskųsdamas silpnumu, dažnu šlapinimusi ir maudžiančiais skausmais juosmenyje. Nesveikas jaučiąsis apie 3 mėnesius. Liga prasidėjusi nuo gripo; buvusi sloga, kosulys, krėtęs drugys, karščiavęs; 6-tą dieną ėmę skaudėti juosmenyje, visas truputį patinęs, bet po 8—10 dienų praėję. Gydęsis tuomet nuo ūminio pyelito. Paskutiniais metais tenką dažnai šlapintis, be skausmų; kiekvieną sykį šlapimų būną daug. Per paskutinius 8 metus jaučiąs trošulį. Daug geriąs skystimo, vidutiniškai apie 6—8 litrus per dieną. Būdamas 20 metų amžiaus, persirgęs pilvo šiltine. Paveldėjimas: tėvas ir motina mirę senatvėje, nežinoma, kuria liga. Dėdė iš tėvo pusės ilgą laiką gydęsis nuo inkstų ligos.

Status praesens. T° normali. Normostenikas. Mityba menka, visas išbalęs. Veidas kiek papurtęs; veido oda truputį žvilga. Stuomens ir galūnių patinimo nėra. Plaučiai nenukrypę nuo normos. Kairioji širdies riba per piršto storumą į kairę nuo linea mammillaris. Tonai aiškūs. Tvinksnis 68, ritmiškas. Kraujospūdis 145/90. Liežuvis aptrauktas, drėgnas. Kepenys išeina iš po arcus costarum per trijų pirštų storumą, paviršius lygus. Blužnis neapčiuopiama. Abu inkstai aiškiai padidėję, smulkiai grubloti, truputį skausmingi. Dešinysis inkstas ryškiau apčiuopiamas, negu kairysis. Apatiniai inkstų ašigaliai yra žemiau crista iliaca. Vertikaline linkme inkstai mažai paslankūs. Pasternackio simptomas iš dešinės ir iš kairės silpnai pasireiškęs. Viduriai 4 kartus per parą, skysti. Šlapinimasis dažnas, 14—16 kartų per parą, be skausmo; polyurija.

Šlapimų analizė: reakcija rūgšti, lygin. svoris 1.010, baltymų 0,165‰; nuosėdose ¼ leukocitų regėjimo lauke; kristalai — uratai. Kraujo analizė: Hb 50%, eritrocitų 3.130.000, leukocitų 12.800, spalvinis rodiklis 0,8. Leukocitinė formulė: neutrofil. lazd. 13%, segment. 71%, limf. 14%, monoc. 2%. Roė 62 per val. Funkcinis mėginys pagal Zimnickį: dienos diurezė 1.160,0, nakties — 920,0, lygin. svoris 1.005—1.010. Chromocistoskopija: pūslė su trabekulėmis. Indigokarminas iš dešinės ir iš kairės 11-tą minutę, silpnai nuspalvinta srovele. Atskirai kateterizuojant ureterius: šlapimuose iš dešiniojo inksto rasta leukocitų 1/8 regėjimo lauke, eritrocitų 5/7 regėjimo lauke ir daug gleivių. Šlapimų analizė iš kairiojo inksto: 20—25 leukocitai regėjimo lauke, pavieniai eritrocitai. Kairioji atgalainė pyelografija sergozinu: geldelė su taurelėmis pailgėjusi ir ištisusi, 2—5 juosmens slankstelių aukštumoje. Distaliniuose galuose taurelės išsiplėtusios ropės pavidalu, ir kai kurios iš jų baigiasi sferiškais pusapskritimiais, panašiais į papūgos snapą — vaizdas tipiškas policistiškai inkstų degeneracijai.

Per pirmąsias dvi savaites ligonio gydymosi klinikoje buvo pastebėtas šioks toks pagerėjimas: pyurija išnyko, polyurija sumažėjo, savijauta pagerėjo. Kovo viduryje ėmė skųstis galvos skaudėjimu, pykuliu ir regėjimo susilpnėjimu. Dešiniosios ir kairiosios akies visus buvo lygus 0,7; pastebėtas nežymus tinklainės pabalimas ir jos venų išsiplėtimas. Iš šlapimų pusės — mikrohematurija (20—25 švieži eritrocitai) ir albuminurija (0,165‰). Mėginys pagal Zimnickį: lygin. svoris 1.003—1.005, dienos diurezė 1.190,0, nakties — 609,0. Šlapinimasis, kaip ir pirma, dažnas ir didelėmis porcijomis. Ligonis pasidarė apatiškas ir suglebęs; periodiškai buvo pastebimas žymus regėjimo susilpnėjimas; palaidi viduriai. Daug kartų suleidus į veną koncentruoto gliukozės skiedinio ir po oda

insulino, ligonis pagerėjo: ėmė vaikščioti, viduriai susitvarkė, atsirado apetitas, regėjimas pagerėjo (galėjo skaityti knygą smulkiu šriftu). Mėginys pagal Zimnickį: dienos diurezė 1.840,0, nakties — 1.297,0, lygin. svoris 1.006—1.008. Ligoniui rekomenduotas operatyvus gydymas, nuo kurio tačiau jis atsisakė, ir savo noru išstojo iš klinikos 1939. IV. 15.

1939. V. 17 ligonis vėl skubiai buvo pristatytas greitosios pagelbos karieta į kliniką su uremijos reiškiniais. Per paskutines tris dienas — dažnas vėmimas ir viduriavimas su kraujo priemaišomis. Įstojus: veidas kiek papurtęs. Tvinksnis 112, ritmiškas, vidutiniškai prisipildęs. Širdies tonai duslūs. Kraujospūdis 175/120. Kvėpavimas 24 per minutę. Pilvas kiek išsipūtęs, palpuojant skausmingas; del to nei kepenų, nei inkstų apčiuopti nepavyko. Vemia, žaksi. Oligurija. Dažnai varo lauk, skystai, be kraujo. Rytojaus dieną ligonis dar pablogėjo. Skundžiasi dusuliu, galvos skaudėjimu. Dažnai varo lauk; gilus Kusmaul'io kvėpavimas. Liežuvis sausas. Tvinksnis 100, ritmiškas, silpnai prisipildęs. Pilvas mažiau išsipūtęs. Apčiuopiami dideli grubloti neskausmingi inkstai. Anurija.

Diagnozė: Policistiška inkstų degeneracija dekompensacijos stadijoje; uremija, eliminacinis enterokolitas. Nuleista kraujo ir įleista į veną gliukozės skiedinys. Pagerėjimo nebuvo, V. 19 vėlai vakare mirė.

Patologo - anatominė diagnozė: policistiška inkstų degeneracija. Fibriniškai - hemoragiškas (eliminacinis) enterokolitas. Kairiojo širdies skilvelio, ureterių ir šlapiminės pūslės raumenų hipertrofija. Širdies raumenų ir kepenų degeneracija.

Tarp ligos procesu, komplikuojančių policistinius inkstus, pirmą vietą užima infekciškai uždegiminio pobūdžio procesai; prie ju policistiniai inkstai labai yra linkę. Nėra abejojimo, kad policistinių inkstų eliminacinis - filtracinis pajėgumas toli pažengusiose ligos stadijose smarkiai sumažėja, kas palengvina mikroorganizmams įsiveisti inkstų audinyje, sukeliant vėliau pyelitą, pyelonefritą ir atskirų cistų pūliavimą. Yra žinomi atsitikimai, kur uždegiminis procesas iš pūliuojančių cistų pereidavo už inksto ribų, sukeldamas pūlinį paranefritą. Talman nurodo, kad Rovsing, Schüssler ir Maier esą stebėję mirtinąjį peritonitą, kilusį iš pūliuojančios cistos. Pyonefrozės arba policistinių inkstų atskirų cistų pūliavimo atsitikimai kliniškai praeina labai sunkiai, būna lydimi visuotinės intoksikacijos reiškinių ir verčia kartais neatidėliojant imtis operacijos. Šiuo atžvilgiu yra įdomus žemiau aprašomas stebėjimas.

5. **Penktasis atsitikimas.** Ligonė K. A., 46 m. amžiaus. Įstojo į kliniką 1939. I. 14, nusiskųsdama smarkiais skausmais juosmens srityje, šiurpuliais ir suliesėjimu. Per paskutinius 20 metų vis varginą buki skausmai juosmens srityje, kartas nuo karto paūmėdami ir atsiliepdami į dešinįjį kirkšnį. Paskutiniais 3—4 metais tokių skausmų priepuolių būdavę po 5—6 per metus; kartais juos lydėdavusi makroskopiška hematurija, kuri tęsdavusis po keletą dienų. Nuo 17 metų amžiaus dažni galvos skaudėjimai ir troškulys; visuomet tekdavę daug gerti; paskutiniu laiku išgerdavusi po 2—3 litrus vandens per parą. Šlapinimasis padažnėjęs ir kaskart vis dideliu kiekiu. Polinkis viduriuoti. Laiko save sunkiai sergančia tik paskutinius keturis mėnesius. Vaikystėje sirgusi tymais, jaunatvėje beriamąja ir pilvo šiltinėmis. Keturis kartus normaliai gimdžiusi; vaikai sveiki. Ligonės brolis sergąs policistiška inkstų degeneracija (žiūr. šeštąjį atsitikimą).

Status praesens. T° 37,3—38,4. Taisyklingo kūno sudėjimo, menkos mitybos. Oda išblyškusi. Plaučiai normos ribose. Širdies ribos normalios, tonai duslūs; pirmasis tonas prie viršūnės su taukšėji-

mo atspalviu. Tvinksnis 75, patenkinamai prisipildęs. Arterinis kraujo spaudimas 165/75, veninis 115 mm H_2O. Smarkus troškulys; per parą sugeria po 3,5 litro skystimo. Liežuvis kiek aptrauktas, drėgnas. Kepenys ir blužnis neapčiuopiamos. Dešiniojoje ir kairiojoje inkstų srityse ir po šonkauliais apčiuopiami didžiuliai smulkiai grubloti inkstai; jie paslankūs vertikaline linkme. Apatiniai inkstų ašigaliai yra žemiau cristu iliaca. Dešinysis inkstas kiek didesnis už kairįjį ir palpuojant gana skausmingas. Pasternackio simptomas iš dešinės teigiamas. Šlapinimasis dažnas, be skausmo ir didelėmis porcijomis. Genitalijos tvarkingos. Viduriai - su klizma. Šlapimų analizė: reakcija rugšti, lygin. svoris 1.008, baltymų 0,165‰, cukraus nėra; nuosėdose $^1/_8$ leukocitų, 2—3 eritrocitai regėjimo lauke, cilindrų nėra. Kraujo analizė: Hb 70%, eritrocitų 3.960.000, leukocitų 7.700, spalvinis rodiklis 0,8. Roė 54 mm per 1 valandą. Hemograma: eozinof. 0,5%, neutrofil. lazd. 1,5%, segment. 66%, limfoc. 31%, monocitų 1%. Mėginys pagal Zimnickį: dienos diurezė 690,0, nakties — 680,0, lyg. svoris 1.008—1.010. Po keleto dienų pyurija išnyko. T° svyravo 38,5—37,2 ribose. Skausmai kairiojoje juosmens srityje padidėjo. I. 21 chromocistoskopija: indigokarminas iš dešinės 15-tą minutę, iš kairės 12-tą minutę, silpnai nuspalvinta srovele. Atskirų ureterių kateterizacija: šlapimuose iš kairiojo inksto 6—10 leukocitai pasitaiko preparate, eritrocitų nėra; iš dešiniojo inksto 6—10 leukocitų ir 10—12 neišžlugintų eritrocitų regėjimo lauke; cilindrų nėra. Dešiniojo inksto šlapimų pasėlis davė b. proteus vulgaris; kairiojo — nieko nedavė. Abipusė atgalainė pyelografija sergozinu. Inkstų srityje keisti drakoniški ištisusių ir susiplojusių geldelių šešėliai ilgais taurelių kakleliais, distalinėse dalyse išsiplėtusiais ropės pavidalu. Hiperramifikacija. Viršutinių taurelių šešėlis tiek iš dešinės, tiek iš kairės buvo matyti 11 šonkaulio aukštumoje, apatinių taurelių šešėlis juosmens - melmens sąnario aukštumoje (žiūr. 3 atv.).

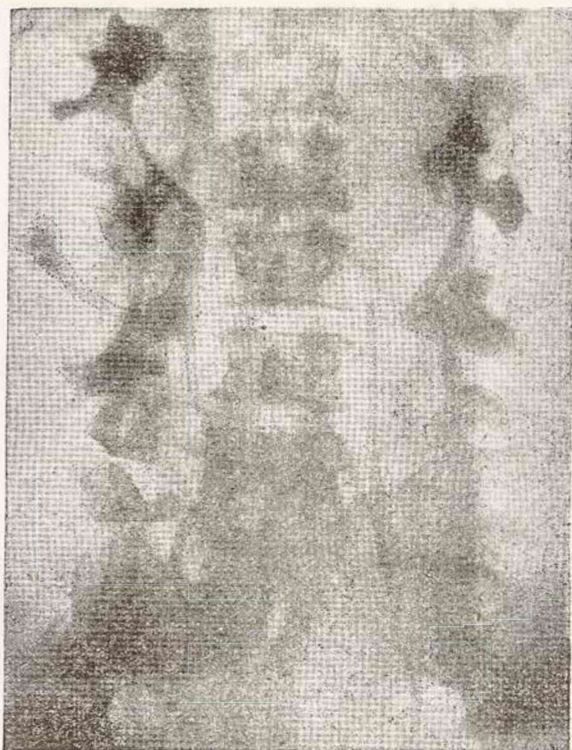
I. 26 ligonė pablogėjo, t° 39,0, krečia šaltis. Skysti viduriai tris kartus, tvinksnis 120, vidutiniškai prisipildęs. Pilvo sienelės rezistentiškumas dešiniojoje pošonkaulinėje srityje. Dešiniojo inksto palpacija skausminga. Leukocitozė kraujyje — 14.200. Roė 65 mm per 1 valandą. Chromocistoskopija: dešiniojo ureterio žiočių patinimas ir hiperemija; indigokarminas iš dešinės nepasirodė 20 minučių, iš kairės — silpnai nuspalvinta srovele 8-tą minutę.

D i a g n o z ė: P o l i c i s t i š k a i n k s t ų d e g e n e r a c i j a, p y e l o n e f r i t a s (c i s t ų p ū l i a v i m a s).

O p e r a c i j a eterio narkozėje (prof. P y t e l). Dešinioji lumbotomia. Didžiulis inkstas nusėtas ir suvarstytas nesuskaitomos daugybės įvairaus didumo cistų. Inksto apatinis ašigalis prieina iki linea innominata. Priešakiniame inksto paviršiuje, viduriniame jo trečdalyje, rasta didelė cista su tirštais dvokiančiais pūliais; ji perpjauta. Viršutiniame inksto ašigalyje, užpakaliniame paviršiuje, perpjauta antroji cista su pūliais sulyg vištos kiaušiniu didumo (pūliai buvo paimti bakteriologiškai ištirti). Priešakiniame ir užpakaliniame paviršiuje perpjauta apie 30—40 cistų nuo vyšnios uogos iki karvelio kiaušinio didumo su skaidriu bespalviu, truputį gelsvu, skystimu. Padarius ignipunktūrą, inkstas kiek sumažėjo. Prie apatinio ašigalio ir užpakalinio inksto paviršiaus privestas tamponas. Žaizda pasluogsniui užsiūta.

B a k t e r i o l o g i š k a s t y r i m a s pūlių, paimtų iš cistų, beveik parodė buvimą juose stafilokokų. Antrą dieną po operacijos t° krito iki normos, tvinksnis 82, vidutiniškai prisipildęs. Arterinis kraujo spaudimas 100/60 mm Hg, veninis 60 mm H_2O. Šlapimuose baltymų 0,66‰; nuosėdose 3—6 leukocitai ir 6—8 eritrocitai regėjimo lauke, cilindrų nėra. Diurezė 750,0; skystimo išgerta 1.500 ccm. Aštuntą dieną po operacijos atsirado katarinė pneumonija. Toliau ligonei buvo du sykiu perlietas vienavardės grupės kraujo iki 200 ccm, ir po to ji žymiai pagerėjo. Operacinė žaizda sugijo be komplikacijų.

Po dviejų savaičių ligonė suglebo, veidas ir blauzdos paburko. Galvos skaudėjimas, troškulys. Viduriai tris-keturis kartus per parą palaidi. Šlapinimasis padažnėjo, be skausmo. Arterinis spaudimas 120/65 mm. Greit vėl pagerėjo. Išstojo iš klinikos 1939. III. 4. Sekimo dėliai ligonė dar sykį buvo ištirta klinikoje tų pačių metų gegužės ir birželio mėnesyje. T° buvo normali, oda išblyškusi, dažni galvos skaudėjimai ir troškulys. Juosmenyje maudžią skausmai. Dažnai reiškiasi oligurija; hipostenurija. Gautomis iš giminių žiniomis ligonė su ureminiais reiškiniais mirė 1939 m. rugsėjo mėnesį.



3-ias atv. Policistiškai degeneravusių inkstų taurelių šešėliai.

Šituo atveju mes turėjome vieną iš sunkių policistiškos inkstų degeneracijos komplikacijų — atskirų cistų pūliavimą drauge su pyelitu. Reikia manyti, kad šituo atveju įvairūs infekcijos kaltininkai įsiskverbė į geldelę ir izoliuotas inkstų cistas įvairiais keliais ir gal įvairiu laiku; tokį spėjimą paremia mūsų išskirta įvairi bakterinė flora iš inkstų cistų (stafilokokas) ir iš geldelės šlapimų (b. proteus vulgaris). 1939 m. pradžioje Maskvos chirurgų draugijoje Frumkin pranešė apie vieną policistiškos inkstų degeneracijos atsitikimą, kur buvo padaryta operacija del akmenų ir inkstų cistų pūliavimo; akmenėlis buvo pašalin-

tas, geldelė drenuota. Del abiejų inkstų cistų pūliavimo T w i n e m sėkmingai įvykdė operaciją iš abiejų pusių; policistinių inkstų cistų pūliavimo atsitikimus yra aprašę K e l l y, R o u x, C i b e r t, F r o m e n t, F r u m k i n ir kiti. S i e b e r surinko iš literatūros inkstų cistų pūliavimo 21 atsitikimą. B e r c h e r mano, kad inkstų atskirų cistų pūliavimas būnąs 10% visų policistinių inkstų atsitikimų.

6. **Šeštasis atsitikimas.** Ligonis Z. P., 39 m. amžiaus. Įstojo į kliniką 1939. X. 8, nusiskųsdamas skausmingu šlapinimusi, kruvinais šlapimais, galvos skaudėjimu ir troškuliu. Laiko save nesveiku nuo 1919 m., kai be jokios matomos priežasties pasirodę kruvini šlapimai; pagulėjus dvi savaites, hematurija išnykusi. Analogiškas hematurijos tipas buvęs 1928—1930 ir 1935 metais; del to keletą kartų tekę gulėti ligoninėje. Nuo to laiko bukas skausmas juosmenyje, dažni galvos skaudėjimai, troškulys, silpnumas. Nuo 1939 m. vidurio šitie reiškiniai ėmę intensyvėti, periodiškai rodydavęsi kruvini šlapimai ir smarkus troškulys. Jaunystėje sirgęs grįžtamąja ir beriamąja šiltinėmis. Vedęs, turi 4 vaikus. Ligonio sesuo sirgo policistiška inkstų degeneracija (penktasis aukščiau aprašytasis atsitikimas).

S t a t u s p r a s e n s. T° 36,8—37,8. Vidutiniškos mitybos, odos ir gleivinių spalva normali. Tvinksnis 76, vidutiniškai prisipildęs. Širdis ir plaučiai nepakitę. Kraujospūdis 145/105 mm. Liežuvis drėgnas, neaptrauktas. Kepenys apčiuopiamos, išsikišusios iš po šonkaulių per 2 pirštus, kraštas nelygus. Blužnis neapčiuopiama. Abiejų inkstų srityse ir po šonkauliais apčiuopiami dideli grobloti, truputį paslankūs inkstai. Kairysis didesnis už dešinįjį ir gana skausmingas palpuojant; apatinė jo riba randama crista iliaca aukštumoje. Pasternackio simptomas teigiamas abiejose pusėse. Šlapinimasis padažnėjęs iki 12 kartų per parą, kiek skausmingas į galą. Nedidelė makraskopiška hematurija. Viduriai kasdien, savaimingi. Šlapimų analizė: reakcija rūgšti, lygin. svoris 1.012, baltymų 0,33‰, cukraus nėra; nuosėdose 50—100 ir daugiau leukocitų regėjimo lauke, eritrocitų perdėm pilnas visas regėjimo laukas; cilindrų ir druskų nėra. Kraujo analizė: Hb 86%, eritrocitų 4.360.000, leukocitų 9.300, spalvinis rodiklis 1,0, Hemograma: eozinofilų 3%, neutrofil. lazd. 2%, segment. 54%, limfoc. 34% monoc. 7%. Roė 27 mm per 1 val. Wassermann'o reakc. neigiama. Mėginys pagal Zimnickį: dienos diurezė 540,0, nakties — 760,0, lygin. svoris 1010—1015. Šlapimų pasėlis davė baltąjį stafilokoką. Liktinio azoto kraujyje 28,8 mm %. Apžvalginėje rentgenogramoje panašių į konkrementus šešėlių nepastebėta. Chromocistoskopija: ureterių žiotys paburkusios. Indigokarminas pasirodė iš abiejų žiočių 13-tą minutę; nudažymas pilnas. Akies dugne pakitimų nerasta.

D i a g n o z ė: P o l i c i s t i š k a i n k s t ų d e g e n e r a c i j a, s u k o m p l i k u o t a p y e l i t u i r h e m a t u r i j a.

Pravedus g y d y m ą streptocidu, decoct. fol. uvae ursi, hidroterapija ir dietoterapija ir perliejus viengrupio kraujo 200,0 hematurija išnyko, pyurija žymiai sumažėjo, t° krito iki normos. Liko tik skausmai kairiojoje juosmens pusėje. 1939. XI.25 vietinėje novokaino anestezijoje padaryta kairioji lumbotomia (prof. P y t e l). Silpnai išsivysčiusi riebalinė kapsulė buvo glaudžiai sulipusi su inksto užpakaliniu paviršium. Didžiulis inkstas visas apkibęs begale įvairaus didumo cistų. Apatinis inksto ašigalis nusileidžia į fossa ileo-coecalis. Vidurinėje inksto dalyje aptikta didelė cista plonomis sienelėmis, didesnė kaip žąsies kiaušinis, su gelsvu skaidriu skystimu. Išsiurbus turinį, cista buvo perpjauta, ir jos sienelės iš dalies pašalintos. Inksto apatinio ašigalio srityje perpjauta kita cista, sulyg karvelio kiaušiniu didumo, su drumstu tamsiai rusvu skystimu. Ignipunktūra visų paviršiuje esančių cistų ir iš dalies cistų,

esančių inkstų gilumoje. Tamponas į apatinį inkstų ašigilį. Žaizda pasluogsniui užsiūta. Bakteriologiškai tiriant skystimą, paimtą iš įvairių cistų, bakterijų pasėlyje nerasta. Skystimo lygin. svoris 1.019. Baltymų jame buvo 3,3‰. Leukocitų 3,5 regėjimo lauke su limfocitų persvara. Eritrocitai švieži 1—2 regėjimo lauke. Pooperacinis periodas praėjo sklandžiai, ligonis išrašytas iš klinikos 1939. XII. 8 gerame stovyje.

Mikroskopiškas tyrimas didžiosios inksto cistos sienelės gabalėlio. Inksto audinyje yra įvairaus didumo apskritų, apvalių ir netaisyklingos formos tuštymų — cistų, išklotų kubiniu epiteliu. Tų cistų periferijose yra gana toli einanti ryški inksto parenchimos atrofija ir jungiamojo audinio išsikerojimas. Daugelio kamuolėlių Bauman'o kapsulės storos, sklerozuotos. Daugelio cistų tuštymuose randamos homogeniškos ir grūdeliuotos eksudato masės. Daugelio arteriolių sienelės hyaliniškai degeneravusios. Stambesnių indų sienelės sustorėjusios, spindis susiaurėjęs. Rasta ir mažai pakitusios parenchimos dalių, kuriose užsilikę kamuolėliai suploti, atrofiški arba padidėję. Tuštymuose daugelio Bauman'o kapsulių yra serozinis eksudatas. Vingiuotųjų kanalėlių epitelis grūdeliuotai degeneravęs; daugelio kanalėlių spindžiuose hyalininiai cilindrai; inksto stromoje išsisklaidę apskritų narvelių infiltratai.

Patologohistologinė diagnozė: Polcistiška inksto degneracija su nefrozo-nefrito reiškiniais (D. I. Mazo).

Taigi, šituo atveju per 20 metų ligonis ne kartą yra turėjęs gausią hematuriją, kuri išnykdavo ilgesnį laiką pagulėjus lovoje. Paskutiniu laiku prasidėjusi infekcija, sukeldama pyelitą, paūmino pagrindinį procesą. Minėtosios medikamentinės ir hidroterapinės priemonės, taip pat inkstų cistų ištuštinimas operacijos pagalba davė greitą ir žymų pagerėjimą tiek vietinio ligos proceso, tiek ir bendros ligonio padėties atžvilgiu.

Policistinių inkstų hematurija gali būti nežymi, trumpalaikė, o kartais ilga ir gręsianti ligonio gyvybei. Galperštein yra aprašęs atsitikimą, kur dėl sunkios ir ilgai trukusios policistinių inkstų hematurijos, atsiradusios be matomos priežasties ir ėjusios be kurių nors subjektyvinių simptomų, teko daryti nefrektomija; deja, po mėnesio laiko ligonis mirė nuo abipusės pneumonijos. Viename iš Bogoslavski'o ir Kuperšliak'o atsitikimų, susikomplikavusio smarkia hematurija, irgi buvo sėkmingai padaryta nefrektomija; po 9 mėnesių ligonis jautėsi gerai.

Tarp komplikuojančių policistinius inkstus veiksnių ne paskutinę vietą užima hidronefrozė ir ureterių susiaurėjimas. Hunner neseniai paskelbtame (1939) kruopščiai paruoštame veikale į tą aplinkybę kreipia ypatingą dėmesį; iš 14-kos jo atsitikimų ureterių susiaurėjimas buvo 11-a ir 4-iais atsitikimais hidronefrozė; 3-mis atsitikimais policistiniai inkstai kombinavosi su cholelitiaze.

Reikia nurodyti dar į vieną retą trauminio pobūdžio komplikaciją — policistinio inksto sudriskimą. Yra žinoma, kad net nedidelė trauma gali policistinį inkstą perplėšti (Goraš'o atsitikimas). Johnson yra aprašęs inksto plyšimo atsitikimą, įvykusį ligoniui krintant ant nugaros; po nefrektomijos ligonis pagijo. Odes sėkmingai padarė nefrektomiją 60 metų

ligoniui del trauminio kairiojo policistinio inksto plyšimo; operuotasis, penkeriems metams praslinkus po operacijos, jautėsi gerai; likusiojo inksto funkcija buvo kuo geriausia. Irger ir Vasilevskij aprašė dešiniojo policistinio inksto plyšimo atsitikimą 40 metų ligoniui, įvykusį kritus jam nuo vežimo ir susitrenkus desiniąją juosmens pusę. Po nefrektomijos ligonis pasveiko ir dvejus metus, kiek jį stebėjo autoriai, buvo visiškai darbingas.

Ar daro blogos įtakos policistiniam inkstui nėštumas? Klausimas, į kurį literatūroje dar nėra aiškaus atsakymo. Sieber ir Stomberg turėjo atsitikimų, kur nėštumo metu pasirodė inkstų susirgimo pirmieji ženklai arba esamo nefrito paūmėjimas; buvo pastebėtas ir palinkimas persileisti. Jei visa tai atsitinka nėštumo metu, tai vis delto labai retai; tiek literatūros duomenys, tiek ir mūsų stebėjimai rodo, kad ligonės su policistiniais inkstais labai dažnai pakelia nėštumą ir net daugelį sykių. Iš mūsų atsitikimų tiktai vienu galima įžvelgti sąsyjis greit progresuojančio ligos proceso iš inkstų pusės su nėštumu ir gimdymu. Kitos mūsų ligonės buvo po keletą kartų nėščios, ir tat nei kiek nepakenkė policistinių inkstų funkcijai.

Diagnostika.

Ligoniai, sergą policistiška inkstų degeneracija, dažniausiai kreipiasi į terapeutus del širdies arba inkstų nepakankamumo simptomų ir, esant hematurijai, skausmams arba gumbui, patenka pas chirurgus. Policistinių inkstų diagnostika tipiškais atsitikimais ypatingų sunkumų nesudaro; bet ligos eigos tipo įvairumas, ypatingai Bright'o formos, kur inkstų nepakankamumo simptomai su širdies ir skilvio - žarnų simptomais turi persvarą, daro šitos savotiškos ligos pažinimą kartais labai sunkų. Netenka abejoti, kad ir dabar liga dažnai nepažįstama pradinėse jos stadijose, kol inkstai nežymiai padidėję, jų funkcija patenkinama ir geldelės su taurelėmis pyelogramoje mažai tepakitusios. Vertingiausias diagnostinis simptomas — abiejų inkstų padidėjimas ir palpacijos teigiami duomenys. Abipusiai inkstų augliai būna labai retai ir del to diferencinei policistinių inkstų diagnostikai didesnės praktiškos reikšmės neturi.

Padidėjęs grublotas inkstas, viena vertus, neduoda pagrindo išskirti policistiškos jo degeneracijos buvimą, kaip lygiai verčia pagalvoti ir apie hidronefrozę arba piktybinį inksto naviką, ypač jei anamnezėje yra nurodymų į hematuriją. Tokie simptomai, kaip polyurija, hipostenurija, nežymi albuminurija be morfologinių elementų šlapimuose, normalus arba kiek padidėjęs kraujospūdis, širdies hipertrofijos nebuvimas, kartais pasirodanti hematurija, taip pat periodiškai atsirandą ir greit išnykstą ureminio stovio simptomai — yra būdingi policistiškai

inkstų degeneracijai. Jei dar apčiuopiami grubloti inkstai, tai diagnozė aiški. Suminėtieji simptomai tais atsitikimais, kai inkstai neapčiuopiami, verčia gydytoją pagalvoti apie policistišką jų degeneraciją. Šiokios tokios reikšmės diagnostikai gali turėti nurodymai į ligos paveldėtinį pobūdį. Pakilęs arterinis kraujospūdis dažniau yra randamas dekompensuotų policistinių inktų atsitikimais; tat pažymi daugelis autorių (Braasch, Gimpelson ir kiti); neretai spaudimas siekia 180—220 mm Hg. Mes savo atsitikimais maksimalinį arterinį spaudimą turėjome 110—225 mm Hg ribose, minimalinį 55—145 mm Hg. Spaudimas venose trimis atsitikimais (2, 3, ir 5-u) dekompensacjios metu pasirodė gan didelis: 120, 135, 115 mm H_2O. Nurodymų literatūroje apie veninio spaudimo stebėjimus pas ligonius su policistiška inkstų degeneracija mes neradome. Gordon ir Trasoff, stebėję 9 ligonius, sirgusius policistiniais inkstais, teigia, kad bent pusė užaugusiųjų visuomet turinti hipertoniją, o inkstų nepakankamumo atveju hipertonija būnanti dar dažniau; jų nuomone, hipertonijos išsivystymui, esant policistiškai inkstų degeneracijai, turinti reikšmės inkstinių indų sklerozė. Funkcinis inkstų mėginys pagal Zimnickį nurodo į polyuriją ir įvairaus intensyvumo hipostenuriją. Mėginys su indigokarminu dažnai parodo blogą indigokarmino išskyrimą vienoje pusėje šalia patenkinamo jo išskyrimo antroje pusėje; toli pažengusiose ligos stadijose indigokarminas visai neišsiskiria, kaip mes esame matę vienu iš mūsų atsitikimų (3-iu). Reikia pasakyti, kad normalus pagal laiką ir nudažymo intensyvumą indigokarmino išskyrimas policistinio inksto dar neišskiria.

Žymus liktinio azoto pakilimas kraujyje pastebimas ligos paskutinėje stadijoje ir būna subureminiame ir ureminiame jos periode. Gimpelson iš 21 jo ištirto ligonio, sirgusio policistiška inkstų degeneracija, pas 9 rado normalius liktinio azoto kiekius, pas 9 kiek padidėjusius ir pas 3 didelį azoto kiekį kraujyje (iki 300 mg %).

Willer penkiais savo atsitikimais irgi rado liktinio azoto padaugėjimą kraujyje ribose tarp 82—370 mg %.

Didelę vertę diagnozei turi pyelografija; reikia sutikti su Gimpelson'u, kad policistinių inkstų rentgeniniam pažinimui pagrinde turi reikšmės morfologinė diagnostika, todėl pirmenybė atgalainės pyelografijos pusėje. Mes visiškai sutinkame su Gimpelson'o nuomone, kad intraveninė pyelografija net ir pradinėse ligos stadijose toli gražu ne visuomet gali parodyti geldelės ir taurelių detales, o toli pažengusiose ligos stadijose ji ir kontrindikuotina. Tačiau Braasch (Mayo klinika) intraveninę policistinių inkstų pyelografiją laiko didžiai

vertinga metode. Neabejotina, kad šituo klausimu reikalingas didesnis prityrimas ir tik tada policistinių inkstų intraveninės urografijos vertingumas šiokiu ar tokiu būdu galėtų būti išspręstas.

Atgalainėse pyelogramose policistiškai inkstų degeneracijai būdingas yra geldelės ir taurelių, ypač pirmos eilės, pailgėjimas, resp. ištempimas; geldelė paprastai nebūna išsiplėtusi. Taurelių kakleliai būna ištisę, o jų galai išsiplėtę ropės pavidalu su sferiškais pusrutuliais ant jų. Toliau pastebima hiperramifikacija, t. y. taurelių atstūmimas vienų nuo kitų, del to jų skaičius padidėja. Susidaro labai keistas vaizdas, savo išvaizda panašus į vorą arba drakoną.

Kai inkstai dideli, geldelės su taurelėmis pyelogramoje užima gan didelį plotą, nuo 10 šonkaulio iki klubikaulio ir net žemiau. Vienu iš mūsų atsitikimų (5-u) taurelių šešėlio viršutinė riba ėjo paliai 11 šonkaulį, apatinė - paliai juosmens - melmens sąnarį iš abiejų pusių (3 pieš.). Labai retai, policistiškos inkstų degeneracijos pradinėse stadijose, kai jie mažai dar tepadidėję, gali būti visiškai normalus pyelografinis vaizdas. Pyelografija turi būti daroma, neskaitant retų išimčių, visuomet iš abiejų pusių, nes tik abipusiai geldelės ir taurelių pakitimai, būdingi policistiškai inkstų degeneracijai, su visu tikrumu patvirtina diagnozę. Retais atsitikimais, kai iš abiejų pusių apčiuopiami tipiški policistiniai inkstai, lydimi kitų būdingų jiems simptomų, galima pasitenkinti vienpusine pyolografija, bet su sąlyga, kad ji duos būdingą policistiškai inkstų degeneracijai vaizdą; kilus abejojimui (naviko įtarimas), reikalinga pyelografija iš antros pusės. Vienu iš mūsų atsitikimų (2-u) mes aiškiai pamatėme, kaip lengvai gali policistinio inksto pyelografinis vaizdas simuliuoti naviką; šituo atveju tik antrosios pusės pyelograma, parodžiusi tipišką policistiškos inkstų degeneracijos vaizdą, leido nustatyti tikrą diagnozę. Kai kurie autoriai (Koll, Cuming, Eisendrath, Braasch) vienalaikę abišalę policistinių inkstų pyolografiją laiko pavojinga, turėdami galvoje labilinį ligonių stovį ir inkstų dekompensaciją. Mes trimis savo atsitikimais darėme abišalę atgalainę pyelografiją sergozinu vienu laiku ir jokių komplikacijų neturėjome; visi trys ligoniai turėjo žymų dekompensacijos laipsnį. Vis delto reikia būti atsargiems ir neužmiršti kontrindikacijų prieš darant vienalaikę abišalę, kartais ir vienos pusės pyelografiją.

Policistinių inkstų diagnostika, tiksliau susipažinus gydytojams su kliniška tos ligos eiga ir patobulėjus rentgeno tyrimo metodėms urologijoje, paskutiniais metais žymiai pagerėjo, ką galima pavaizduoti ir šia lentele.

3-oji lentelė.

Surinktinės statistikos.

Paskelbimo metai	Autoriai	Policistiškos inkstų degeneracijos atsitikimai	Pažintų atsitikimų procentas, gyviems esant
1908	Sieber	213	10
1914	Brin	324	14
1928	Gotlib	141	40

Atskirų autorių ir klinikų medžiaga.

Paskelbimo metai	Autoriai (klinikos)	Policistinių inkstų bendras skaičius	Pažintų atsitikimų kiekis
1926	Achvlediani (Muchadze's klinika)	6	1
1934	Talman (Fiodorov'o klinika)	18	17
1935	Steglich	14	5
1935	Glass	13	4
1938	Henninger ir Weiss	30	30
1939	Hunner	14	11
1939	Gimpelson (Gotlib'o klinika)	28	27
1940	Pytel A.	6	6

Gydymas

Policistikška inkstų degeneracija būna, kaip taisyklė, abipusė, ir jau ta viena aplinkybė skatina mus būti itin atsargiems, sprendžiant klausimą apie chirurgines gydymo metodes iš viso, ypatingai nefrektomiją. Pasiūlytosios įvairios operacinės priemonės gali, žinoma, pašalinti tik kai kuriuos ligos simptomus (skausmus) arba komplikacija (hematuriją, pūliavimą, akmenis, ileus), bet negali pačios ligos išgydyti; policistiška inkstų degeneracija — neišgydoma liga. Policistinio inksto operaciją pirmą sykį yra padaręs Bardenheuer 1882 m., pas mus Rusijoje prof. Snegiriov 1890 m. Praėjusio šimtmečio gale pirmosios policistinių inkstų operacijos buvo daugiau nefrektomijos pobūdžio ir dažnai baigdavosi ligonių mirtimi; tais laikais operacijos paprastai būdavo daromos su klaidinga diagnoze, dažniausiai įtariant inksto naviką. Bergmann, pvz., 1885 m. pašalino kairįjį inkstą, spėdamas vėžio įsimetimą; operacijos padarinys buvo mirtis nuo uremijos ir anurijos. Operacijos keliu pašalintasai inkstas pasirodė esąs cistiškai degeneravęs; tokio paties proceso būta apimto ir antrojo inksto, kaip vėliau paaiškėjo skrodžiant.

Albarran, Garre (1898), Sieber (1905), Bircher (1908) savo laiku spaudoje pasisakė už konservatyvinę operaci-

ją — policistinių inkstų nefrotomiją, laikydami nefrektomiją indikuotą tik ypatingais atsitikimais — esant kraujavimui, pyo-hidronefrozei ir pūliavimui. Dabartinės literatūros analizė užtenkamai aiškiai rodo, kad policistinių inkstų nefrektomija — itin pavojinga operacija ir, nepaisant to, kad paskutiniais metais vėl girdėti balsų apie jos pirmenybę prieš konservatyvines chirurgines metodes (pvz., Brin, Braasch), vis delto ji turi būti daroma labai retai ir tik esant tam tikroms indikacijoms. Pagal Siebert'o statistiką iš 62 nefrektomijų mirtimi baigėsi 32,8%; Schmieden'o duomenimis iš 26 nefrektomijų mirė 27%; Brin'o dumenimis mirtingumas sudaro 29% iš 117 nefrektomijų; Maske paduoda 21,5% mirtingumo iš 38 nefrektomijų. Statistinė Mickaniewski'o medžiaga (1914 rodo), kad iš 127 nefrektomijų mirtimi baigėsi 30%. Betarpiškos mirties toks didelis procentas pareina svarbiausiai nuo likusio inksto nepakankamumo, nuo uremijos ir širdies silpnumo. Visai nenuostabu, kad, pašalindami iš organizmo vieną iš policistinių inkstų, tuo būdu žymiai sumažindami funkcijuojančio inkstinio audinio kiekį organizme ir pernelyg apkraudami darbu likusį nepilnavertį inkstą, susilaukiame pas ligonius sunkių komplikacijų, kurios ne sykį baigiasi mirtimi. Tiesa, yra žinomi atsitikimai, kur buvo konstatuotas ilgas ir žymus ligonių bendrinio stovio pagerėjimas po nefrektomijos (Odes'o atsitikimu 5 metai su viršum Morris'o — 7 m., Walters'o ir Braasch'o — 19 m. ir kitų), bet vis tai gana retai pasitaiko ir tik tais atvejais, kai antrojo inksto funkcija pasilieka tinkamoje aukštumoje. Mūsų klinikoje mes nei karto nėsame darę policistiškai degeneravusio inksto nefrektomijos.

Nefrotomijos operacija dar pavojingesnė, duoda didesnį mirtingumo procesą (pagal Mickaniewskį — 45%), pooperaciniame periode komplikuojasi kartais pavojingu kraujoplūdžiu ir dažnai palieka ilgai negyjančias fistules; be to, kaip matyti iš Mickaniewski'o statistikos, daugiau kaip pusė ligonių po šitos operacijos žūva paskiau nuo uremijos.

Prof. Fiodorov nurodo, kad nefrotomija dar pavojingesnė už nefrektomiją, ir ji reikia visiškai išbraukti iš cistinių inkstų operacijų sąrašo (Inkstų ir ureterių chirurgija, 1923 m., 278 psl.). Esant skausmams del policistinio inksto patologiško paslankumo, sėkmingai vartojama nefropeksija, bet padaryti ji tipiškai, fiksuojant už inksto fibrozinės kapsulės, beveik neįmanoma, nes pastaroji, esant policistiškai degeneravusiam inkstui, vienais atsitikimais būna smarkiai atrofuota, kitais — ją atskiriant, suplyšta, užgriebdama inkstų audinį. Kadangi šita operacija paprastai kombinuojama su inkstų didžiųjų cistų prapjovimu, tai prof. Fiodorov pasiūlė fiksuoti inkstą prie raumenų juosmeninio pjūvio krašto už fibrozinės kapsulės išpjautų skiaučių drauge su didžiųjų cistų sienelių skiautimis, susidariu-

siomis jas ištuštinus. Operacija pašalina skausmo jutimą ir dažnai pagerina inksto funkciją.

Kai del inksto rezekcijos, tai šita operacija gali būti daroma tik labai retai tais atsitikimais, kai policistiška degeneracija apima tik vieną kurį nors inksto sklypą arba ašigalį. Literatūroje yra aprašyta keletas tokių atsitikimų (Bloch, Remier, de Quervain).

Didžiausio pasisekimo reikia laukti iš operatyvinio visų prieinamų cistų ištuštinimo skalpeliu, elektriniu peiliu arba termokauteriu pagal Payr'ą. Šituo įsikišimu pasiekiamas inksto sumažėjimas ir to pasėka — kraujo apytakos pagerėjimas, veninės stazės reiškinių išnykimas, kas savo rėžtu pagerina inksto funkciją, sumažina arba visai panaikina inkstų nepakankamumo reiškinius. Be to, inksto sumažėjimas, ištuštinus cistas, pašalina įkyrų skausmo jautimą. Esant dideliam patologiškam inksto paslankumui, prapjovus cistas, sėkmingai gali būti padaryta nefropeksija, kaip aukščiau buvo nurodyta; šita operacija tedaro mažą traumą ir duoda gerą efektą. Cistų ištuštinimo operacija (ignipunktūra) prof. Fiodorov'o (14 operacijų) ir prof. Fronštein'o (5 operacijos) klinikų duomenimis davė gerų tiek tiesioginių, tiek ir netiesioginių rezultatų. Talman nurodo, kad, jei po tos operacijos vėliau atsirasdavęs sutrikimas, tai jis dažniau pareidavęs nuo neoperuoto inksto.

Goldštein 1935 m. pasiūlė savo metodę operacijaoms — policistinį inkstą įsiūti po oda, išpjovus prieš tai didžiųjų cistų sieneles, padarius punkcijas ir taurelių drenažą. Inksto fiksacija po oda leidžia daryti kartotines punkcijas paprasta adata ir švirkštu. Šita metodė buvo jo išmėginta su gerais rezultatais. Rekia dar nurodyti į permanentinį geldelių drenažą, esant hidronefroziniam policistiniam inkstui (ureterio susiaurėjimas), ureterių kateterizavimu; šita metodė Huner'io rankose (14 atsitikimų) davė visai patenkinamų tiesioginių rezultatų.

Cistiškai degeneravusių inkstų atsitikimais neabejotinos indikacijos operacijai — smarkūs skausmai, spaudimo ir įtempimo jausmas juosmens srityje, atkakli hematurija ir pūliavimo procesai inkstuose. Čia pat reikia priskirti tuberkuliozė ir infekuoti inkstų akmenys. Operacinės pagelbos pasirinkimo metode, mūsų nuomone, turėtų eiti Payr'o operacija — inksto cistų didelio kiekio ištuštinimas, kombinuojamas kartais su nefropeksija, kai inkstas labai paslankus. Indikacijomis nefrektomijai galima laikyti atsitikimai su sunkia profuziška hematurija, gresiančia gyvybei, vienašalė pyonefrozė, tuberkuliozė, piktybiniai navikai, trauminiai policistinio inksto sužalojimai ir kartais sunkūs pūliuoją procesai inkste. Nefrektomija šitais atvejais darytina tik su sąlyga, jei antrojo inksto funkcija yra patenkinama. Mes savo atsitikimais vartojome

Payr'o operaciją, kartais fiksuodami inkstą prie juosmens žaizdos raumenų kraštų. Iš 4 mūsų operuotų ligonių dviem, buvusiems labai sunkioje padėtyje, turėjome suteikti operacinę pagalbą skubos keliu; viena iš ligonių ant rytojaus po operacijos mirė su uremijos reiškiniais, antroji (inksto cistų pūliavimas) žymiai pagerėjo, bet po ½ metų irgi žuvo nuo uremijos. Tik du ligoniai po operacijos pagerėjo ir dabar jaučiasi visai patenkinamai.

Tolimesni rezultatai ištuštinimo operacijos kaip galima didesnio cistų skaičiaus, kartais drauge su nefropeksija — visiškai patenkinami; pvz., Fiodorov'o vienas ligonis po operacijos išgyveno 7 metus, antra ligonė 21 metus ir 10½ mėnesių. Tat pat pastebi Walters ir Braasch: iš 29 ligonių 4 mirė ligoninėje nuo uremijos, kraujoplūdžio arba infekcijos, 13 ligonių gyvi po 3—21 metų po operacijos ir 7 ligoniai mirė įvairiais terminais nuo 1 iki 17 metų.

Nepaisant to, kad operacija daugumai ligonių duoda gerus rezultatus, ir jie gali po jos ilgai gyventi, vis delto reikia skaitytis su faktu, kad ligoniai su cistiška inkstų degeneracija, nesukomplikuota įvairių ją lydinčių ligų, gyvena kartais ilgai ir visai neoperuoti.

Policistiškos inkstų degeneracijos nekomplikuotais atsitikimais reikalinga racionali dieta, vidurių reguliavimas, hidroterapija, profikaltika nuo infekcijų, nušalimų ir t. t.

Taigi mūsų chirurginės priemonės nėra radikalusis gydymas; jos tik pašalina eilę vargininčių simptomų, atsirandančių šitos ligos įvairiose stadijose.

Išvados.

1. Iš esamų policistiškos inkstų degeneracijos patogenezės teorijų sutrikusio embrioninio vystymosi teorija, kuri remiasi dualistiniu inkstų kilmės supratimu, daugiausia verta dėmesio.

2. Sudėtingame cistiškos inkstų degeneracijos simptomų komplekse reikia išskirti keletas ligos formų, nes tat itin svarbu tiek gydymo, tiek ir prognozės atžvilgiu; čia daugiausia dėmesio verta Albarran'o-Imbert'o ir Talman'o klasifikacijos.

3. Iš ligos procesų, antra eile paliečiančių policistinius inkstus, dažniausiai būna infekciškai - uždegiminio pobūdžio procesai.

4. Policistiškos inkstų degeneracijos pažinimas būdingais atsitikimais didesnių sunkumų nesudaro. Be inkstų palpacijos ir jų nepakankamumo simptomų, didelę reikšmę diagnozei turi atgalainė pyelografija.

5. Indikacijas operuoti policistinius inkstus sudaro smarkūs skausmai, atkakli hematurija, pūliavimo procesai inksto cistose, pyonefrozė, tuberkuliozė ir infekuoti akmenys. Pasirinkimo metode reikia laikyti juo didesnio inkstinių cistų

skaičiaus ištuštinimo operacija, kombinuojama kartais su nefropeksija. Policistinio inksto nefrotomija neturi būti daroma.. Nefrektomija indikuota tik labai ypatingais atsitikimais (inksto trauma, gyvybei gresianti hematurija, pyonefrozė ir pan. d.).

6. Savo laiku suteikta operacijos pagelba komplikuotais policistiškos inkstų degeneracijos atsitikimais duoda visai patenkinamus tiesioginius ir tolimesnius rezultatus. Indikacijos vartoti operacines priemones policistiniams inkstams turi būti plačiau taikomos, negu ligšiol.

7. Del šių laikų urografijos pažangos ir plataus jos vartojimo, taip pat del geresnio gydytojų susipažinimo su šitos ligos klinika, paskutiniais metais pastebimas žymus padaugėjimas palyginti anksti pažintų policistiškos inkstų degeneracijos atsitikimų.

Literatūra

1. Albarran et Imbert: Les tumeurs du rein. Paris, 1903 m.
2. Афанасьев: „Урология", 1937 m. 4 nr
3. Ахвледиани: Юбилейн. сборник проф. Хольцова, 1929 m.
4. Berner: ›ie Cystenniere, Berlyn, 1913 m.
5. Bircher: Folia Urologica, 1909 m. 4 t.
6. Blatt: „Ztsch. Urolog. Chir." 1927 ir 9'8 m. 23 ir 24 t.
7. Braasch and Schach›: „Surg. Gyn. Obst.", 1933 m. 57 sąs.
8. Brin: 15 session Assoc. franç. d'Urolog., 19‹2 m.
9. Хесин: „Урология", 1933 m. 2 nr.
10. Crawford „Surg. Gyn Obst.", 1923 m. 36 sąs.
11. Czerny: „Arch. klin. Chir. 1880 m. 25 t.
12. Eisendrath and Koll: „I Amer med. Assoc.", 1926 m. 87 t.
13. Фрумкин „Новый хирург. Архив", 1939 м. 43 t.
14. Гальперштейн: „Юбилейн. сборник проф. Хольцова, 1929 m.
15. Гимпельсон: „Урология, 1939 m. 3 nr.
16. Golstein „J. Urology", 1935 m. 34 sąs.
17. Гораш: „Урология", 1939 m 1 nr.
18. Gordon and Trasoff: „Amer. J. med. Scien.", 1937 m. 194 sąs.
19. Готлиб: „Журн. Современ. Хирургии", 1926 m. 1—2 nr.
20. Henninger und Weiss: „Ztsch. urolog. Chir." 1 38 m. 44 t.
21. Hunner: Annals Surge y, 1939 m. 110 sas.
22. Иргер и Василевский: „Урология", 1934 m. 2 nr.
23. ampmeier: „ urg. Gyn. Obst.", 1923 m. 36 sąs.
24. Куперштяк; „Урология", 1933 m. 1 nr.
25. Kuoffer: „Arch. mikroskop. Anat.", 1865 ir 1866 m. 1, 2 t.
26. Leenhardt, Boucomont et Guibert: Ann. de médec., 1939 m 45 t.
27. Legueu: „J. d'Urolog.", 1927 m. 24 t.
28. Maier: „Ztsch. urolog. Chir.", 1935 m. 41 t.
29. Marion: „Traité d'Urologie", 1928 m. 1 t.
30. Михельсон: „Урология", 1930 m 1—2 nr.
31. Mickaniewski: „J. d'Urolog.", 1919 m. 5 t.
32. O'Crowley and artlan›: „Amer. J ›urgery", 1939 m. 43 sąs.
33. Odec: „Вестник Хирург и", 1934 m. 103—104 nr.
34. Парин: „Ztsch. urolog Chir.", 1933 m. 37 t.
35. Payr: „Ztsch. urolog. Chir.", 1923 m. 12 t.
36. Ратнер: Урология", 1925 m 10 nr
37. Rissel: „Wien. med. Woch.", 1939 m. 17 nr.
38. Schacht: „Arch. Intern. Med.", 1931 m. 47 sąs.

39. Sieber: „Deutsch. Ztsch. Chir.“, 1905 m. 79 t.
40. Снегирев: Труды Акуш. гинекол. Общ. в Москве, 1891 m.
41. Соколов: „Вестник Хирургии“, 1928 m. 40 пr.
42. Стромберг: Труды клиники проф. Федорова, 1909 m 3 '.
43. Тальман: Хирургия почек и мочеточников Ленинград, 1934 m.
44. Twinem: „Jour. Amer. med. Assoc.“, 1936 m. 160 sąs.
45. Walters and Braasch: „Surg. Gyn. Obst.“, 1934 m. 58 sąs.
46. Willer: „Münch med. Woch“, 1935 m. 36 пr.
47. Zemitsch: „Klin. Woch.“, 1939 m. 9 пr.

К учению о поликистозной дегенерации почек.

Разобрав на материале факультетской хирургической клиники Сталинградского Медицинского Института основные теории этиопатогенеза болезни и клинику заболевания, автор подробно описывает 6 им самим наблюдавшихся случаев. Выводы автора следующие:

1. Среди существующих теорий патогенеза поликистозной дегенерации почек, теория нарушенного эмбрионального развития, базирующаяся на дуалистическом понимании происхождения почки, заслуживает наиболшего внимания.

2. В сложном симптомокомплексе кистозного перерождения почек следует различать несколько форм заболевания, что важно, как с лечебной, так и прогностической точки зрения. В этом отношении наибольшего внимания заслуживает классификация Альбаррана-Имберта и классификация Тальмана.

3. Среди болезненных процессов, вторично поражающих поликистозные почки, наичаще имеют место процессы инфекционно-воспалительного характера.

4. Распознавание в типичных случаях особых трудностей не представляет. Большое значение в диагностике помимо пальпации почек и симптомов почечной недостаточности имеет ретроградная пиелография.

5. Показаниями к оперативному вмешательству являются: сильные боли, упорная гематурия, процессы нагноения в кистах почек, пионефроз, туберкулез и инфицированные камни. Методом выбора должна являться операция опорожнения возможно большего числа кист почки, комбинируемая иногда с нефропексией. Нефротомия при поликистозной почке должна быть совершенно оставлена Нефрэктомия показана лишь в крайне исключительных случаях (травма почки, угрожающая жизни гематурия, пионефроз и т. п).

6. Своевременно оказанное оперативное пособие в осложненных случаях поликистозной дегенерации почек дает вполне удовлетворительные непосредственные и отдаленные результаты. Показания к оперативному вмешательству должны ставиться шире, чем это делается до сих пор.

7. Благодаря успехам современной урографии и широкому ее применению, а также лучшему ознакомлению врачей с клиникой данного заболевания, за последние годы наблюдается заметное увеличение числа сравнительно рано диагносцированных случаев поликистозной дегенерации почек.

Zur Lehre der polykystischen Nierendegeneration.

Nach der Durchsicht der Grundtheorien der Aetiopathogenese, sowie der Klinik der Krankheit, beschreibt der Autor aus seinem Material ber Fakultätschirurgischen Klinik des Medicinischen Institutes zu Stalingrad 6 von ihm selbst beobachtete FäIle. Die Schlüsse des Autors sind folgende:

1. Aus allen Theorien der Pathogenese der polykystischen Nierendegeneration, ist die der gestörten Embryonalentwicklung, die zur Basis die dualistische Auffassung der Nierenherkunft hat, am geeignesten.

2. In dem komplicierten Symptomenkomplexe der polykystischen Nierendegeneration müssen einige Erkrankungsformen differenciert wverden. Das ist wichtig aus dem Heilungs —, sowie aus dem prognos-

tischen Standpunkte. In dieser Hinsicht muss die Aufmerksamkeit der Klassifikation von Albarran - Imbert, sowie Talmans geschenkt werden.

3. Zwischen den Krankheitsprocessen, die secundär die polykystischen Nieren schädigen, finden am meistens die infektionsentzündliche Processe statt.

4. Die Differenzierung ist in den typischen Fällen nicht schwer. Eine grosse Bedeutung in der Diagnostik, abgesehen von der Nierenpalpation und den Symptomen der Niereninsufficienz, hat die retrograde Pyelographie.

5. Die operative Indikationen sind starke Schmerzen, hartnäckige Haematurie, kystöse Vereiterungen in der Niere, Pyonephrose, tbc, inficierte Steine. Die Operation der Wahl ist die Operation der Entleerung möglichst grösserer Zahl der Nierenkysten, die manchmal mit Nephropexie kombiniert wird. Die Nephrotomie bei der polykystischen Nierendegeneration muss verworfen werden. Sie bleibt nur für äusserst seltene Fälle (Trauma der Niere, drohende Haematurie der Niere, Pyonephrose u. s. w.).

6. Der zeitiger Eingriff in den komplicierten Fällen gibt gute unmittelbare u. späte Resultate. Die operative Indication muss breiter als bis zur Zeit gestellt werden.

7. Dank des Erfolges der gegenwärtigen Urographie u. ihrer breiten Anwendung, sowie dank der besseren Bekanntschaft der Aetzte mit der Klinik der Erkrankung, wird immer mehr die Zahl der früh diagnoscierten Fälle der polykystischen Nierendegeneration.

Dr. J. A. Grinkevičius,
Magnitogorsko Akušerijos ligoninės
Vyriausias gydytojas.

Spontaniškas gimtuvės plyšimas.

(Magnitogorsko Akušerijos ligoninės duomenimis)

Gimtuvės plyšimai gydytojams yra žinomi jau iš senų senovės, bet jų priežastys ištirtos tik XIX-to amžiaus pradžioje. Vyriausią vaidmenį šituo klausimu suvaidino tiek gimtuvės kaklelio prasiplėtimo procesų ir vaisiaus išvarymo mechanizmo detalus tyrinėjimas, tiek ypatingai gimtuvės skyrių anatomija. Ir vis delto tas klausimas iki šiam laikui nėra galutinai pilna prasme išspręstas.

Literatūros duomenimis gimtuvės plyšimo priežastys būna labai įvairios. Iki šiol vyrauja dvi pažiūros tuo klausimu — B a n d l'io ir V e r b o v'o. B a n d l, taip pat ir S c h r e d e r, mato tik mechaniško pobūdžio priežastis; V e r b o v gi įžvelgia jas patologiškuose gimtuvės pakitimuose. Paskutiniais metais dauguma autorių laiko V e r b o v'o teoriją labiau pagrįsta, kaip patvirtintą histologiškais tyrinėjimais. Ir iš tiesų pasitaiko gimtuvės plyšimų, kur B a n d l'io nurodomų priežasčių — mechaninio pobūdžio — nerandame, kur plyšimai vyksta, esant labai lėtai gimdymo veiklai, su labai nežymiais simptomais arba net ir visai be simptomų. Būna tačiau atsitikimų, kai san-

tykis tarp dubens ir pirma einančios dalies neatitinkamas ir. esant intensyviai gimdymo veiklai, gimtuvė plyšta pirmąją parą, kartais gi praėjus keletui dienų. Aiškus dalykas, kaip neatitikimo laipsnis, taip ir patologinis audinių stovis gali būti gimtuvės plyšimo atvejais įvairus. Jei gimtuvė plyšta gimdymo pradžioje be gresiančių plyšimo pavojaus reiškinių, a priori galima prileisti audinio patologinio stovio pirmavimas. Ir priešingai, jei plyšimas įvyksta, esant aiškiems neatitikimo reiškiniams, po ilgų gimdymo pastangų, reikia manyti, kad turime reikalą su plyšimu del neatitikimo — del mechaniško pobūdžio kliūčių,

Per 4 mūsų Akušerijos ligoninės veikimo metus (1936. XI. 25.—1941. I. 1.) buvo 11.640 gimdymų, 9 iš jų su gimtuvės plyšimu, kas sudaro 0,077%. Gimtuvės plyšimų dažnumas gimdymo metu statistiniais įvairių autorių duomenimis nevienodas.

Užsienių autorių statistika J a k o b s o n'o žiniomis svyruoja tarp 0,05—0,66%. Rusų akušerijos įstaigų statistika I v a n o v'o ir M i c h a i l o v'o žiniomis įvairuoja tarp 0,1—0,15%. Narkomzdravo Valstybinio moksliškai - tiriamojo akušerijos ginekologijos instituto duomenimis gimtuvės plyšimo dažnumas per 10 metų (1925—1935) — 0,02%.

Pripažįstant kartu su dauguma autorių, kad gimtuvės kūnas susideda iš dviejų segmentų, viršutinio ir apatinio, vaidinančių gimdymo metu visiškai skirtingą vaidmenį, reikia laikyti. kad gimtuvės kūno plyšimai didžiulėje daugumoje atsitikimų lokalizuojasi apatiniame segmente.

L e d o m s k i j, surinkęs žinias apie 128 gimtuvės plyšimo atsitikimus, rado, kad 97-se iš jų plyšimas įvyko apatinio segmento srityje, 11 atsitikimų — gimtuvės dugno srityje ir vienu atsitikimu — gimtuvės kūno srityje. Visais mūsų atsitikimais plyšimai įvyko apatiniame segmente.

Apatinio segmento plyšimus I v a n o v detalizuoja, priskirdamas gimtuvės kaklelio makštinei daliai. Nurodytoji gimtuvės plyšimo lokalizacija daugumos autorių aiškinama nepaprastu gimtuvės sienelių ištempimu del gimdymo eigos užtrukimo. Viršutinis gimtuvės segmentas, veltui besitraukdamas, tempia apatinio segmento muskulatūrą vis smarkiau ir smarkiau, šis kaskart plonėja ir pagaliau plyšta.

Įvyksta tai arba be jokio įsikišimo iš šalies — tai bus savaiminis plyšimas — arba apatinis segmentas dar ir, be to, ištempiamas, pvz., įleidus į gimtuvę ranką kuriai nors akušerinei operacijai atlikti — tai bus nesavaiminis, smurtinis plyšimas. Panašūs plyšimai dažniausiai įvyksta, esant siauram dubeniui, užleistai skersinei vaisiaus padėčiai, esant vaisiaus galvos edemai (hydrocephalus) ir t. t.

Michailov'o duomenimis gimdyvių, kurioms plyšta gimtuvė, procentas su siauru dubeniu siekia 37,3. Esant skersinei padėčiai, plyšimai įvyksta 28 kartus dažniau, kaip esant išilginei.

Verbov, neigdamas Bandl-Schrederio teoriją apie apatinį segmentą, gimtuvės plyšimo priežastį mato ne jos sienelių išsitempime, bet jų dideliame trapume, t. y. patologiškuose gimtuvės audinių pakitimuose (hyalininė degeneracija, raumeninių skaidulių išvirtimas jungiamuoju audiniu, edema, randiniai pakitimai po sectio caesarea, daug sykių kartoti grandymai, buvusieji placentos priaugimai, jodo leidimai).

Viršutinis gimtuvės segmentas prieš plyšdamas, pasak Verbov'o, neveikiąs visiškai energingai, priešingai, perdaug silpnai. Apatinis gi segmentas būnąs ne išsisėmęs, bet paraližuotas. Pagaliau Verbov mano, kad mėšlunginiai susitraukimai vykstą ne prieš plyšimą, bet, priešingai, jie esą jau prasidėjusio plyšimo rezultatas ir palydovai. Vykstant plyšimui apatinio segmento srityje, gali būti, iš vienos pusės, paliestas visų gimtuvės sienelės sluogsnių sveikumas — tai bus pilnas plyšimas perdėm, iš antros, viršutinis — pilvaplėvės - gimtuvės sluogsnis gali išlikti sveikas — tai bus nepilnas plyšimas. Daugumoje atsitikimų gimtuvės plyšimai būna savo laiku vykstančių gimdymų metu. Bet yra aprašyta gimtuvės plyšimų ir ankstybesniais nėštumo mėnesiais, net pirmaisiais, bet tai retenybė. Baisch (1933) mini savo veikale 13 tokių gimtuvės plyšimų atsitikimų, aprašytų pasaulinėje literatūroje.

Vienas toks atsitikimas stebėtas III L. M. J. Akušerijos - ginekologijos klinikoje 1936 m. ir aprašytas Maizel'io. Nėštumas siekė vos 12—14 savaičių. Histologiškai tiriant, rasta: nėščia gimtuvė su stambiomis hiperplazavusiomis raumeninėmis skaudulėmis ir gausiomis kraujagyslėmis, plyšimo vietoje — randinis jungiamasis audinis. Plonose plyšimo kraštų vietose giliai įsiskverbusios atžalos į gimtuvės sienelę, prieinančios arti serozinio sluogsnio, kas charakterizuoja placenta accreta; šitose srityse decidua basalis buvo su dideliais defektais.

Lankovic 1935 m. yra aprašęs iš Maskvos Akušerijos ligoninės Baumano rajono atsitikimą, kur gimtuvės plyšimas įvykęs 5-ą nėštumo mėnesį. Ir čia buvo kalti gilūs gimtuvės sienelės pakitimai su placenta accreta.

Gimtuvės plyšimo atsitikimą 6-ą nėštumo mėnesį yra aprašęs ir Skrobanskij su panašiais giliais gimtuvės sienelės pakitimais.

Tiek pilni, tiek ir nepilni gimtuvės plyšimai, ypatingai gi pilni, turi būti laikomi labai rimta gimdymo komplikacija tiek motinai, tiek ir kūdikiui.

Michailov'o statistiniais duomenimis, paskelbtais 1895 m., motinų mirtingumas, gimtuvei plyšus, siekia 80,6%, vaikų — 93%.

Beveik tokius pat skaičius duoda ir Ivanov 1903 m. (79% —92,7%). Bet 1909 m. Liadomski'o duomenimis mirtingumas jau krinta iki 36%—46%. Mūsų Akušerijos ligoninės duomenimis motinų mirtingumas 33,33%, kūdikių 60%.

Pereinu prie aprašymo mūsų atsitikimų.

1. **Ligonė L.**, 26 m. (ligos ist. 626 nr.), atvežta į ligoninę 1937. II. 28 d. 22 v. 40 m. su silpnai besireiškiančia gimdymo veikla ir vandenų ėjimu. T° 36,2. Anamnezėje periodiškai besikartojanti maliarija, gimtuvės priedėlių uždegimas. Šito nėštumo metu ir prieš tai visą laiką ėjusios gausios ėdžios baltosios. Gimdo trečią sykį. Pirmuosius du sykius gimdė savo laiku. Vaikai gyvi. Dubuo: 26, 28, 32, 20 cm.; pilvo apskritimas 103 cm. Vaisiaus padėtis išilginė, 2 pozicija, priekinė atmaina, galvelė prisispaudusi prie sąvaržos. Vaisiaus širdies plakimas aiškus iš dešinės žemiau bambos.

III. 1 d. 4 val. Skausmai silpni, reti; krinta į miegą. Galvelė prisispaudusi prie sąvaržos. Vandenys po truputį eina, vaisiaus širdies plakimas aiškus.

6 val. Skausmai padidėjo, galvelė nusileido į mąžąjį dubenį. Vandenys nebeina. Vaisiaus širdies plakimas aiškus.

8 val. Pastangų taip ir nebeatsirado. Skausmai reti, silpni; ligonė išblyškusi, tvinksnis 108, ritmiškas, patenkinamai prisipildęs; sykį vėmė. Pilvas išsipūtęs, visas skausmingas, vaisiaus širdies plakimo negirdėti.

Gimtuvės apybraižos del skausmingumo nustatyti negalima.

Diagnozė: Gimtuvės plyšimas.

10 val. 30 min. negyvo vaisiaus galvelės perforacija, kranioklazija; diagnozei patvirtinti gimtuvės tuštymas patikrintas Vinterio šaukšteliu, plyšimas tikrai yra. Čia pat pereita prie laparotomijos ir gimtuvės supravagininės ekstirpacijos.

Pilvo tuštyme daugybė kraujo krešulių. Gimtuvės plyšimas dešiniosios sąsmaukos srityje drauge su parametrine narveliena ir pilvaplėve. Pooperacinis periodas komplikavosi pyelitu ir dešiniuoju pleuritu.

49-tą dieną išrašyta patenkinamame stovyje.

Šituo atveju gimtuvės plyšimas įvyko, esant silpniems skausmams ir stingant pastangų. Nors vaisius svėrė 4.000 gr. ir buvo 52 cm. ilgumo, bet neatitikimo čia nebuvo. Galvelė jau buvo nusileidusi ant mažojo dubens dugno ir buvo bebaigianti antrąjį pasisukimą (tiesioji siūlė buvo įstrižiniame dubens matavime). Anamnezėje randame gimtuvės priedėlių uždegimą ir ilgai trunkančias gausias baltąsias. Plyšimas įvyko pagal Verbovo teoriją: gimtuvės audiniuose būta, matyti, patologiškų pakitimų (per didelis trapumas).

2. **Ligonė M.**, 28 m. (ligos ist. 2.071 nr.), atvežta į ligoninę 1937. IX. 17 d. 3 val. 5 min. su gimdymo skausmais, kurie trunka jau 4 val. 5 min. Šeštas nėštumas, trečias gimdymas; pirmą kartą turėjo dvynukus, antrą kartą vieną ir paskutinį kartą irgi dvynukus. Iki šito nėštumo trys abortai. Dubuo: 24, 27, 31, 18 cm.; pilvo apskritimas 103 cm. Vandenys nuėjo tiriamajame kambaryje, 4 val. 10 min. prasidėjo skausmai, 4 val. 30 min. gimė mergytė 3.030 gr. svorio ir 49 cm. ilgio. Po valandos skausmai pasikartojo. Antrojo vaisiaus padėtis neaiški. Virkštelei pasirodžius lyties plyšyje, pūslė perplėšta; įkišus ranką į makštis, paaiškėjo, kad iš gimtuvės kyšo alkūnė (skersinė padėtis). Ranką įkišus giliau į gimtuvės tuštymą, rasta

kojytė; padarytas pasukimas ir ištraukta mergytė su asfiksija; vėliau atgaivinta, svoris 3.300 gr., ilgis 50 cm. Vieta (placenta) išėjo savaime, svėrė 1.800 gr.

IX. 17 d. 9 val. vizitacijos metu stovis patenkinamas. Tvinksnis 78. Skundžiasi skausmu kairiosiose kirkšnyse; gili kirkšnių palpacija skausminga. Apčiuopiamas kažkoks smulkus gumbelis, plovimai kraujuoti, vidutiniški.

11 val. skundžiasi galvos svaigimu ir skausmu kairiosiose kirkšnyse. Tvinksnis 90, minkštas, silpno prisipildymo. Pilvas minkštas.

Diagnozė: Haematoma kairiuosiuose plačiuosiuose raiščiuose. Gimtuvės plyšimas?

12 val. laparotomija. Praskrodus pilvo sienelę, rasta: pilvo tuštyme nedidelis kiekis kraujo, kairieji parametrai pilni krešulių, gimtuvės šonu, žemiau gimtuvės arterijos indų kuokštelė, iki pat skliauto plyšusi gimtuvės sienelė. Gimtuvė amputuota. Pilvo tuštymas aklinai užsiūtas. Ilieta kraujo. Pooperacinis periodas nesusikomplikavo. Išrašyta 21 dieną patenkinamame stovyje su abiem sveikomis mergytėmis.

Analizuodami šitą atsitikimą, turime pastebėti, kad gimtuvės plyšimas įvyko del mūsų įsikišimo, esant antrojo vaisiaus skersinei padėčiai, nors užleistos skersinės padėties dar nebuvo. Pasukimas padarytas gana lengvai, bet gimtuvės sienelė, matyti, buvo labai suplonėjusi ir placentos išmarginta (svėrė 1.800 gr.); galimas daiktas, del trijų paskutinių abortų ir pakitusi.

3. Ligonė L., 28 m. (ligos ist. 1.156 nr.), atvežta į ligoninę 1938. VI 2 d. 14 val. su gimdomaisiais skausmais. Pačios gimdyvės žodžiais skausmai prasidėję VI. 2 d. 8 val. ryto. Nėštumas 3-čias, gimdymas taip pat. Anamnezėje priedėlių uždegimas. Dubuo: 25,5, 28, 33, 22 cm.; pilvo apskritimas 104 cm, vandenys nenuėję, vaisiaus padėtis neaiški. Vaisiaus širdies plakimas ryškus. Visų trijų nėštumų metu tindavo apatinės galūnės.

VI. 3 d. 40 m. skausmai išnyko. Pastangų taip ir neatsirado, pasirodė kruvini plovimai. Žiotys atsidariusios per tris pirštus, pūslė sveika, apčiuopiama kojytė. Vaisiaus širdies plakimo negirdėti. Bendras gimdyvės stovis patenkinamas.

3 val. pilvas labai skausmingas, pulsas 120, plovimų nėra. Pykulys, bet be vėmimo.

4 val. 50 m. Gimdymo veikla nepasireiškia — pranyko. Pilvas išsipūtęs, skausmingas. Į makštis įkišta dešinioji ranka. Apčiuopta sukritusi vaisiaus pūslė ir čia pat kojytė; už kojytės vaisius ištrauktas, bet galvelės išimti ordinatoriui nepasisekė, ji atitrūko; buvau iškviestas aš.

6 val. Atvykęs ligonės padėtį radau patenkinamą. Tvinksnis 102, užtenkamai prisipildęs, pilvas visas skausmingas, vemia, pykulio nėra. Iš lyties plyšio iškritusi virkštelė. Tarp šlaunių guli lavonėlis, be galvelės. Gimtuvės dugnas apčiuopiamas bambos aukštyje. Iš dešinės apvalios formos gumbas ir žemiau kažkoks be ryškių ribų minkštokas kūnas. Plovimai kruvini, bet kiekis mažas. Dešinioji ranka tyrimo metu įkišta į gimtuvės tuštymą, bet nei galvelės, nei placentos gimtuvės tuštyme nerasta; dešiniojoje gimtuvės sienelėje — kiaurymė, už kurios pilvaplėvės tuštyme gulėjo placenta; už virkštelės ji pašalinta ir paskiau imtasi laparotomijos. Pilvo tuštyme rasta galvelė ir susitraukusi gimtuvė.

Gimtuvės plyšimas ėjo dešiniuoju šonu sąsmaukos srityje, pereidamas į kaklelį ir užgrobdamas parametrus su pilvaplėve. Pilvo tuštymas pilnas kraujo krešulių. Gimtuvės supravagininė amputacija, atitinkamas tualetas, pilvo tuštymo aklinas užtaisymas. Pooperacinis periodas komplikavosi dešiniuoju parametritu. 41-mą dieną išrašyta patenkinamame stovyje.

Šitas atsitikimas rodo, kad gimtuvės plyšimas įvyko nepastebimai, esant neaiškiai vaisiaus padėčiai ir sveikai dar pūslei. Gimtuvė susitraukdama išstūmė vaisių su placenta į pilvo tuštymą, o kojytė pasiliko kaklelio kanale. Ordinatorius to nepastebėjo ir per jėgą forsavo gimdymą. Pagal V e r b o v'o teoriją plyšimas reikia laikyti įvykusių del įsikišimo. Neatitikimo tarp vaisiaus ir dubens negalėjo būti ir, sprendžiant iš buvusių uždegiminių procesų, čia turėjo būti patologiškų pačios gimtuvės sienelės pakitimų.

4. **Ligonė D.**, 31 m. (ligos ist. 2.128 nr.), atvežta į ligoninę 1938. IX. 29 d. su retais gimdomaisiais skausmais. Nėštumas 8-tas, gimdymas 7-tas; pirmasai nėštumas baigėsi dviejų mėnesių persileidimu, kiti — gimdymu savo laiku po vieną kūdykį.

Moteriškė pikniškos konstitucijos. Nėštumą lydėjo didelė edema tiek apatinių galūnių, tiek ir vidurių apatinės dalies. Vaisių padėtis buvo nustatyta—vieno išilginė su galvele žemyn, antro—įstriža su galvele jeknų srityje. 9 val. 40 min. prasidėjo skausmai, 10 val. 50 min. nuėjo vandenys ir gimė gyva mergytė 2.780 gr. svorio. Antrojo vaisiaus padėtis tebeliko neaiški. Per 1 val. 30 min. nuėjo antrojo vaisiaus vandenys, ir čia pat lyties plyšyje pasirodė rankutė. Tuojau imtasi ruoštis pasukimo operacijai. Gydytoja pasukimą atliko be ypatingų sunkumų. Ištraukta mergytė 2.980 gr. svorio, gyva. Po 10 min. savaime atsiskyrė placenta (viena). Pogimdyminio kraujavimo nebuvo.

X. 1 d. Skundžiasi dešiniojo šono skaudėjimu; liežuvis aptrauktas, tvinksnis 102, temperatura 38,1. Gimtuvės dugnas sulyg bamba aukštumo. Plovimai su krauju ir krešuliais; skirta streptocid'as. 2 ir 3 dieną tie patys skausmai, temperatūra laikosi tarp 38,0—39,0. Gimtuvės involiucija eina normaliai, plovimai kraujuoti su tamsiais krešuliais.

X. 4 d. Ištirta per vaginam. Žiotys praviros, iš dešinės gimtuvė plyšusi ir pirštai patenka į dešiniąją parametrinę narvelieną. Pilvaplėvė sveika. Narvelienoje daug kraujo krešulių.

Diagnozė: N e p i l n a s g i m t u v ė s p l y š i m a s.

Aseptiniu ligonės gydymu, kasdien plaunant dešiniuosius parametrus rivanolio skiediniu, pasiekta to, kad 23 dieną ji išrašyta patenkinamame stovyje su abiem sveikomis mergytėmis.

Šitas atsitikimas galima kvalifikuoti kaip nepilnas gimtuvės plyšimas, pasukant už kojelės antrąjį kūdikį; plyšimas iš karto nebuvo pastebėtas ir be simptomų iš motinos pusės.

5. **Ligonė Š.**, 33 m. (ligos ist. 2.352 nr.), atvežta į ligoninę 1938. X. 23 d. 6 val. 30 min. greitosios pagalbos karieta iš „St. Magnitka" kaimo su smarkiais skausmais visame pilve, vėmimu, bendru nusilpimu ir be jokios gimdyminės veiklos. Tvinksnis 120, minkštas, ritmiškas, gleivinės išblyškusios. Vaisiaus padėtis išilginė, pirma eina galvelė, nusileidusi jau į mažąjį dubenį. Vaisiaus širdies plakimo negirdėti. Del skausmingumo negalima nustatyti nei gimtuvės dugno. Iš dešinės aiškiai atsikišęs kūdikio padas.

Diagnozė: G i m t u v ė s p l y š i m a s g i m d y m o m e t u.

Besirengiant operacijai, iš apklausinėjimo paaiškėjo: nėštumas ir gimdymas 8-tas, ankstesni gimdymai būdavę normalūs. Pagimdžiusi 6 vaikus gyvus ir vieną negyvą. 1931 m. sirgusi gimtuvės priedėlių uždegimu, smarkiai plovusios baltosios. 1923 m. sirgusi maliarija, šiaip jautusis esanti sveika. Šito nėštumo gimdymo veikla prasidėjusi X. 22 d. iš ryto. Su gimdymo skausmais buvo nuvežta į rajoninę ligoninę. Vandenys dar namie nuėję. Silpni skausmai ligoninėje trukę visą naktį ir

X. 23 d. 6 val. 30 min. atvežta į mūsų ligoninę su diagnoze: pirminis gimdyminis silpnumas.

X. 23 d. 7 val 10 min. Iš pradžių galvelės perforacija, kranioklazija. Už virkštelės ištraukta placenta, kuri galima buvo apčiuopti pilvaplėvės tuštyme iš dešinės. Paskui laparotomija: rastas plyšimas sąsmaukos srityje iš dešinės, užgriebiant patį kaklelį. Nuo priešakinio ir šoninių skliautų kaklelis atplėštas. Pūslės — gimtuvės narveliena suardyta, vietomis matyti pliki ureteriai. Gimtuvė su makštimis siejasi tik lig. sacrouterina srityje, parametras iki pat inkstų srities prisikimšęs kraujo krešulių. Gimtuvė pašalinta, makštys atstatytos; peritonizacija.

Pilvo tuštymas aklinai neužtaisytas. Įstatyti tamponai, galai įleisti į pilvo žaizdą. Pooperacinis periodas pirmąsias dvi savaites ėjo su temperatūra tarp 37,5—38,5; paskui išsivystė pūlinis parametritas, toliau cistitas, pyelitas ir nefrozonefritas.

1939 m. sausio mėn. visi šitie reiškiniai aptilo, temperatūra įėjo į normą, ir ligonė buvo beišrašydinama, tik staiga po gausaus slapta namiškių atnešto užkandžio (dešra, kopūstai, rauginti agurkai) rytojaus dieną ryškus pablogėjimas. Pakilo temperatūra, šlapimuose vėl atsirado baltimų ir cilindrų, šlapimų kiekis vis ėjo mažyn ir mažyn, ir sausio 17 d. pacientė mirė nuo anurijos.

Šitas gimtuvės plyšimo atsitikimas įvyko, matyt, iš vienos pusės del gimtuvės sienelės patologiškų pakitimų po buvusių uždegiminių procesų, iš antros, gali čia būti ir gimtuvės raumenų susinešiojimas (8-tas gimdymas).

Vaisiaus neatitikimo su gimdyminėmis pastangomis nebuvo. Kūdikis vidutiniško didumo, ir galvelė buvo išėjimo plotmėje su sutura sagittalis tiesiajame dubens matavime.

6. **Ligonė P.**, 35 m. (ligos ist. 2.896 nr.), atvežta į ligoninę 1938. XII 26 d. 10 val. 40 min. su prasidėjusiais gimdyminiais skausmais dar namie nuo 6 val. Vaisiaus padėtis išilginė, antroji pozicija, priekinė atmaina; vaisiaus širdies plakimas aiškus, iš dešinės žemiau bambos. Vandenys nenuėję. Dubuo: 25, 28, 34, 23 cm.; pilvo apskritimas 105. Nėštumas 8-tas, gimdymas 8-tas. Gimdymai vykdavę be komplikacijų. Paskutiniais dvejais metais labai plovusios baltosios, bet nesigydžiusi.

XII. 26 d. 24 val. prasidėjo skausmai, galvelė emė leistis į mažąjį dubenį. XII. 27 d. 5 v. nuėjo vandenys. Prasidėjo maži skausmai. 7 val. 30 min. liovėsi bet kokia gimdomoji veikla. Visas pilvas palpuojant skausmingas, įgavo nepaprastą dviejų atskirų kauburų išvaizdą. Veidą išmušė šaltas prakaitas. Akys įbestos į vieną tašką. Į aplinką reaguoja silpnai. Skundžiasi galvos kvaitimu. Po pilvo danga tiesiogiai apčiuopiamos smulkiosios vaisiaus kūno dalys. Tvinksnis 120, ritmiškas, silpnas; vaisiaus širdies plakimo negirdėti. Per vaginam: pūslės nebėra, gimtuvės kaklelis nuslinkęs už galvelės. Galvelė ant mažojo dubens dugno tiesiąja siūle įstrižame matavime.

Diagnozė: G i m t u v ė s p l y š i m a s g i m d y m o m e t u. Š o k o s t o v i s.

XII. 27 d. 11 val. bendrinėje eterio narkozėje vaisius pašalintas, perforuojant galvelę ir ištraukiant su kranioklasto pagalba. Toliau imtasi laparotomijos su supravaginine gimtuvės ekstirpacija. Perskrodus pilvo tuštyme rasta: nedidelis kraujo krešulių kiekis ir gimtuvės sienelės plyšimas iš kairės, sąsmaukos aukštumoje, su kaklelio nutraukimu iš priekio nuo šlapimų pūslės. Kairieji parametrai su pilvaplėve irgi perplėšti ir pilni kraujo krešulių. Padaryta gimtuvės supravagininė amputacija, likusioji kaklelio dalis atstatyta ir prisiūta prie šlapimpūslės; rūpestinga peritonizacija. Pilvo tuštymas aklinai užtaisytas. Po operacijos sunki ligonės padėtis nepagerėjo. Pulsas vos apčiuopiamas, kvėpavimas paviršutiniškas, lū-

pos pamėlynavusios. Pagalbos priemonės nieko nepadėjo ir tą pačią dieną 23 val. mirė nuo trauminio šoko, kas buvo patvirtinta skrodžiant.

Analizuodamas šitą atsitikimą, turiu pasakyti, kad gimtuvės plyšimas įvyko, nesant pasireiškusio neatitikimo tarp vaisiaus ir gimdomųjų takų (kūdikio svoris 3.500 gr., galvelės apskritimas 34 cm). Galvelė jau buvo nusileidusi ant dubens dugno su nebaigtu antruoju pasisukimu. Anamnezė rodo, kad šitas gimdymas jau aštuntas ir kad paskutiniu laiku pylė gausios baltosios, tad reikia manyti, kad čia būta gimtuvės sienelės patologiškos degeneracijos, del kurios ir įvyko plyšimas.

7. **Ligonė S.**, 39 m. (ligos ist. 137 nr.), akušerės atvežta iš rajono 1940. II 12 d. 4 val. sunkiame stovyje, su iškritusia rankute ir užleista skersine padėtimi. Visas pilvas skausmingas, skausmai trunka jau apie 5 valandas, pykulys, nevėmė ir nevemia. Vaisiaus širdies plakimo negirdėti. Pilvas sudribęs, dešinėje pusėje kyšo kauburas. Temperatūra 36,6. Pulsas 106, minkštas. Nėštumas 9-tas, gimdymas irgi 9-tas. Gimdymo veikla prasidėjusi vasario 11 d. rytą: iš pradžių buvę skausmai, paskui gana smarkios pastangos. Vakare gimdymo veikla visiškai liovusis.

Diagnozė: Užleista vaisiaus skersinė padėtis ir gimtuvės plyšimas.

5 val. 35 min. rankutė nupjauta per peties sąnarį ir pereita prie laparotomijos. Pilvo tuštymą perskrodus rasta: ne labai gausus skysto kraujo kiekis su krešuliais. Gimtuvė kairėje, užtektinai susitraukusi. Dešinėje negyvas vaisius — mergaitė ir placenta. Gimtuvės plyšimas įvykęs sąsmaukos srityje iš dešinės, užgriebdamas dešinįjį parametrą su pilvaplėvės lapeliu. Haematoma parametre siekia dešinįjį inkstą. Padaryta supravagininė gimtuvės amputacija ir rūpestinga peritonizacija, pilvo tuštymas aklinai užtaisytas. Pooperaciniame periode du sykius temperatūra buvo pakilusi aukščiau kaip 38,0°. Po 10 dienų temperatūra krito iki normos ir 17-tą dieną po operacijos išrašyta patenkinamame stovyje.

Šitas gimtuvės plyšimas įvyko pagal Bandl'io teoriją del vaisiaus neatitikimo (skersinė padėtis) gimdomųjų takų atžvilgiu. Bet nereikia užmiršti 9-jo gimdymo: čia galėjo prisidėti gimtuvės raumenų susinešiojimas ir degeneracija.

8. **Ligonė Ch.**, 35 m. (ligos ist. 1.531 nr.), atvežta į ligoninę iš Raudonosios Baškirijos su įtarimu skersine vaisiaus padėtimi 1940. VIII. 11 d. 22 val. 20 min. Gimdo antrą sykį. Pirmą sykį gimdė prieš trejus metus normaliai. Dubuo: 24, 25, 27, 17 cm (plokščias, bendrai siauras). Vaisius pagal išorinę apžiūrą vidutiniškas. Moteriškė žemo ūgio, infantiliška, jokiomis ligomis nesirgusi. Viena, kadangi vaisiaus padėtis dažnai keisdavosi — čia skersinė, čia įstriža, čia išilginė, — antra, kadangi ligonė atvežta iš toli, tai ir palikta stebėti. Tik rugsėjo 30 d. atsirado silpni skausmai. Papildomai apžiūrėjus rasta: vaisiaus padėtis išilginė, pirma eina galvelė, balotuojanti aukščiau sąvaržos, aiškus vaisiaus širdies plakimas iš kairės žemiau bambos.

Tikroji konjugata 9,5. Funkcinės diagnostikos patikrinimas pagal Alfeld'ą, Zangemeister'į ir Seitz'ą parodė, kad gimdymas, esant šitam plokščiam, bendrai siauram dubeniui, yra galimas, juoba, kad pirmąjį kūdikį buvo pagimdžiusi savarankiškai. 20 val. 15 min. nuėjo vandenys. 21 val. per vaginam: žiotys praviros per tris pirštus, pūslės nebėra. Galvelė skalanduojasi aukščiau sąvaržos, vandenys po truputį eina. Vėliau atsirado silpnos pastangos. X. 1 d. 12 val. Visą naktį ir rytą truko silpni skausmai, kurių akimis neįmanoma buvo pastebėti, bet-

jautusi jas pati gimdyvė. Gimdymo veiklai sustiprinti panaudotas pituikrinas su chininu, tačiau be jokio efekto.

X. 1 d. 14 val. 10 min. Gimdymo veikla ėmė silpnėti. Per pilvo dangą apčiuopiama tik vaisiaus kaktukė, pakaušio jau nebegalima pasiekti, galvelė angoje. Per vaginam: promontorium uždarytas pirma einančios galvelės, melmens daubą viršutinėje dalyje užima galvelė. Apatinė galvelės dalis guli aukštumoje plotmės, išvestos per apatinį sąvaržos kraštą. Žiotys visiškai atsidariusios, pūslės nebėra.

Diagnozė: Galvelė didesnė savo apimtim įėjimo plotmėje.

Gimdyvė visą laiką ant gimdomojo stalo; kadangi gimdomoji veikla silpnėjo, del viso ko buvo paruošti instrumentai galvelės perforacijai. 15 val. 30 min. pati motina pareiškė, kad gimdomoji veikla visiškai išnykusi. Vaisiaus širdies plakimo nebebuvo girdėti. Pilvas palpuojant pasidarė kiek jautrus, vietomis aiškiai apčiuopiamos po oda smulkiosios vaisiaus dalys. Bendras ligonės stovis nieko bloga nelėmė: lūpos rausvos, nei pykulio, nei vėmimo. Tačiau tvinksnis 120, bet užtenkamai prisipildęs. Ir šitie 4 simptomai — tvinksnis, aiškus smulkiųjų dalių apčiuopimas, gimdomosios veiklos išnykimas, vaisiaus širdies plakimo nustojimas — leido nustatyti gimtuvės plyšimo diagnozę pagal Verbov'ą aplinkos akivaizdoje.

15 val. 45 min. laparotomija. Prieš operaciją ant ligonės kūno pasirodė vietomis blausios mėlynos dėmės; akis įbedė į vieną tašką, į klausimus atsakinėjo nenoromis — sunkiai. Lūpos balkšvai mėlynos. Tai rodė įvykus gilų šoką. Perskrodus pilvo sienelę, pilvo tuštyme rasta: nedidelis kraujo kiekis, vaisius — mergytė 3.000 gr. svorio drauge su placenta gulėjo iš kairės. Iš dešinės — gerai susitraukusi gimtuvė, atitrūkusi nuo priešakinio ir šoninių skliautų, su kaklelio plyšimu sąsmaukos srityje iš kairės. Širdies veikla operacijos metu susilpnėjo. Operacija nutraukta ir tuo tarpu į alkūninę veną suleista 300 citruoto kraujo, kas leido paskiau užbaigti operaciją. Skliautai ir kaklelis atstatyti, gimtuvė aukščiau makščių amputuota. Bet ir po operacijos ligonė nepagerėjo, širdies veikla vis krito ir, nepaisant gelbėjimo priemonių, po 3 val. 25 min. mirė nuo trauminio šoko, kas ir pasitvirtino skrodžiant.

Analizuojant šitą atsitikimą, reikia įsidėmėti moteriškės visuotinis infantilizmas ir plokščiai siauras dubuo pirmo laipsnio. Nors vaisius svėrė tik 3.000 gr., vis delto nemaža reikėjo jėgų su juo apsidirbti. Gimtuvė neįstengė šitą kartą ir plyšo. Šituo atveju gali pasiteisinti kombinuota Bandl'io — Verbov'o teorija.

9. **Ligonė B.**, 22 m. (ligos ist. 1.118 nr.), atvežta iš rajoninės ligoninės 1940. XII. 5 d. 9 val. 35 min. Nėščia trečią sykį. Pirmutiniai du gimdymai įvyko savo laiku. Šitam gimdymui irgi atėjo laikas. Dubuo: 22, 24, 30, 19 cm. Iki 22 metų sirgo maliarija, paskutinį kartą 1934 m. Skausmai prasidėjo XII. 4 d. 12 val. dar namie. Buvo nuvežta į rajoninę ligoninę, kur vakare nuėjo vandenys ir prasidėjo pastangos. XII. 5 d. 6 val. gimdomoji veikla nutrūko, atsirado pykulys ir vėmimas. Po to pristatyta į mūsų ligoninę su diagnoze: „gimdyminis silpnumas". Stovis sunkus. Skundžiasi nedideliais skausmais pilve. Pilvas išsipūtęs, visas skausmingas, vemia, tvinksnis 120, minkštas, ritmiškas. Širdies tonai švarūs. Vaisiaus širdies plakimo negirdėti. Išorinės lytinės lūpos tiek didžiosios, tiek ir mažosios smarkiai paburkusios. Per vaginam: Žiotys visiškai prasivėrusios, pūslės nebėra. Pirma eina galvelė, prisispaudusi prie įėjimo į mažąjį dubenį, lengvai atstumiama pirštais. Plovimai su krauju, negausūs. Palpuojant pilvo sienelę, gimtuvės apybraižos negalima nustatyti.

Diagnozė: Gimtuvės plyšimas.

19 val. laparotomija. Pilvo tuštyme daug kraujo krešulių. Gimtuvė, atitrūkusi nuo priešakinio ir kairiojo skliautų, plyšusiu kakleliu iki viršutinės sąsmaukos ribos buvo atsidūrusi dešinėje ir užpakalyje, susitraukusi. Kairieji parametrai pilni kraujo krešulių iki pat crista ilei anterior superior. Vaisius negyvas, su placenta iš kairės ir priekio. Padaryta gimtuvės supravagininė amputacija. Kaklelis ir skliautai atstatyti, į kairįjį parametrą įdėtas tamponas, išleistas pro makštis. Iš viršaus rūpestinga peritonizacija. Pilvo žaizda aklinai užtaisyta. Pooperacinis periodas susikomplikavo pūliniu parametritu ir 15-tą dieną kaklelio - šlapimų pūslės fistule. Temperatūra per tas 15 dienų laikėsi tarp 38,0—39,0. Paskui ėmė kristi ir nuo 18-tos dienos buvo jau normali. Išrašyta į namus gerame stovyje, patarus po trijų mėnesių grįšti del pūslės fistulės operacijos.

Gimtuvės plyšimas šituo atveju įvyko, reika manyti, del vaisiaus galvelės neatitikimo gimdomųjų takų (vaisiaus svoris 4.000 gr., ilgis 56 cm, galvelės apskritimas 35, 36, 30 cm.), nes, nepaisant smarkios veiklos, ji negalėjo prasiskverbti toliau už angos. Plyšo pagal B a n d l'io teoriją.

Pasirėmęs anksčiau išdėstytais duomenimis, tariuosi galįs daryti šias išvadas:

1. Gimtuvės plyšimai didžiulėje daugumoje atsitikimų būna sąsmaukos srityje, viena, del to, kad ta dalis del mechaniškų priežasčių pernelyg išsitempia, antra, ir ne tokia atspari uždegiminiams procesams, kurių pasėkoje įvyksta patologiški pakitimai.

2. Mūsų aprašytieji atsitikimai didžiulėje daugumoje įvyko, matyti, del audinių patologiškų pakitimų.

3. Gimtuvės plyšimui turi įtakos ir įgimtas nepilnas jos sienelės raumenų vertingumas, taip pat ir mūsų operatyviniai įsikišimai labai artimais plyšimui atsitikimais.

Спонтанный разрыв матки.

Имеются 2 точки зрения по вопросу о причине разрыва матки — Бандлевский и Вербовский

Б а н д л ь усматривает причину в механических моментах — в несоответствии между размерами таза и величиною плода, В е р б о в же — в патологических изменениях самих стенок матки.

В Магнитогорском Родильном доме из 11 640 родов (за время 25. XI. 1936 — 1. I. 1941) наблюдалось 9 случаев разрыва матки (0,077%). На основании разбора этих случаев автор делает следующие выводы:

1 Разрывы матки встречаются в подавляющем большинстве случаев в области перешейка: а) эта часть в силу механических причин подвергается сильному перерастяжению, б) она анатомически менее устойчива по отношению к воспалительным заболеваниям, влекущим за собою патологические изменения

2. Описанные случаи, повидимому, имели место в силу патологических изменений тканей.

3 На разрывы матки имеет влияние врожденная неполноценность мышечной стенки матки, а также и наши оперативные вмешательства в случаях очень близко стоящих к разрыву.

Der spontane Riss der Gebährmutter.

Es gibt 2 Standpunkte in der Frage der Ursache der Uterusruptur: der von Bandl u. Werbow.

Bandl sieht die Ursache in dem mechanischen Momente, d. h. die Inkongruenz zwischen der Beckenenge u. Fruchtgrösse. Werbow — dagegen in den pathologischen Veränderungen der Uteruswände. In dem Magnitigorskgebährheim in der Periode von 1936. XI. 25. bis zu 1941. I. 1 kamen 11.640 Geburten vor. Aus diesen waren 9 von Uterusruptur begleitet (0,077%). Der Autor kommt auf Grund seiner Forschungen zum folgenden Schlusse :

1. Der Hauptteil der Rupturen des Uterus kommt vorwiegend in der Gegend des Isthmus vor: a) dieser Teil wird in Folge von mechanischen Ursachen stark gedehnt; b) dieser Teil ist anatomisch weniger resistenzfähig gegenüber den Entzündungsvorgängen, die pathologische Veränderungen zur Folge haben.

2. Die hier beschriebene Fälle kamen scheinbar vor dank der pathologischen Veränderungen der Gewebe.

3. Die Uterusrisse beeinflusst auch die angeborene Minderwertigkeit der Uterusmuskelwand, sowie ein operativer Eingriff in den Fällen, die nah dem Risszustande stehen.

Dr. B. Bergeris (skyriaus vedėjas) ir
Dr. J. Nochimovskis (vol. asistentas).

„Subarachnoidinių kraujavimų" klinika.

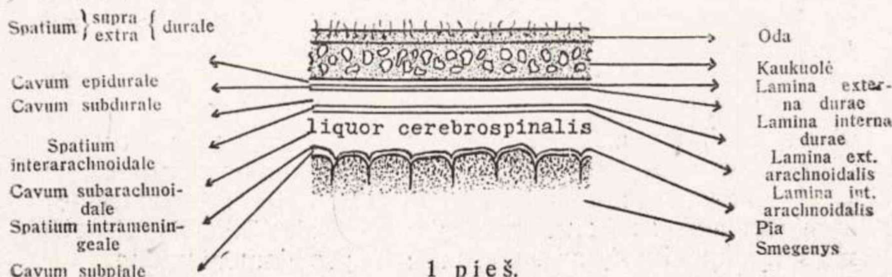
(Iš I Valst. Kauno ligoninės, buv. Žydų ligoninės, Vidaus A skyriaus).

Jei įvairiuose vadovėliuose bei straipsniuose „subarachnoidiniai kraujavimai" yra traktuojami, kaip labai retai pasitaiką ir tik trumpai minimi susirgimai; jei, pvz., Feer savo „Vaikų ligų vadovėlyje", kalbėdamas apie smegenų kraujavimus, rašo: „Paskutiniuoju laiku buvo pastebėta ir keletas pasveikimų nuo smegenų kraujavimo. Tat pasitaikė vis vyresnio amžiaus vaikams ir čia prie ligos insulto visuomet būdavo prisidėję ir į meningitis panašūs simptomai. Šitais atvejais gydymui buvo labai sėkmingai pavartotos liumbalinės punkcijos (hemoraginis skystis)"; jei šita susirgimo forma tik retai ir literatūroje tebuvo minima,—tai nėra pagrindo manyti, kad šitas susirgimas yra toks retas. Klaidinga nuomonė susidarė del to, kad apžiūrinėjant ligonį paprastai visai nebuvo galvojama apie šitą ligą ir dar šiandien retai tegalvojama. Diagnozė būdavo labai dažnai nustatoma visai kita—dažniausiai apopleksija ar meningitas. Ir visai nenuostabu, juk šita liga nei pradžioje, nei tolimesnėje eigoje, neturi kurių nors ypatingų simptomų. Ji pasitaiko visokio amžiaus žmonėms, pasireiškia įvairiausiais simptomais ir gali turėti labai neaiškių formų.

Kad šita liga gali reikštis įvairiausiomis formomis, rodo ir tat, kad ir labiausiai stengiantis subendrinti jos vaizdą, vistik priskaitoma keletas formų. Ehrenberg skiria 2 pagrindines formas, Symmond—3 klinines grupes, gi Guillain priskaito net 5 jos formas, būtent: 1) letarginę; 2) hipertoninę su kontraktūromis; 3) pasireiškiančią visuotiniais traukuliais; 4) su Jackson'u; 5) pseudomeningitinę.

Klinikos bei laisvai praktikuojančiam gydytojui čia lengvai gali pasitaikyti taip, kaip Landes'ui bei Rimbaud'ui ir Serre'i. Pirmasis 1936—1937 metais neužtiko nei vieno šita liga susirgusiojo, gi 1938 m. jau net 4 atsitikimus, o tik per 1939 m. pusę taip pat 4. Rimbaud ir Serre per 1927—1932 metų laikotarpį konstatavo tik 1 ligos atsitikimą, o per 1933—1939 metų laikotarpį — net 12 susirgimų. Jie (Rimbaud ir Serre) tat aiškina ypatingu paskutiniais metais šitos ligos padažnėjimu, tačiau aš šitai jų pažiūrai visiškai nepritariu. Šito reiškinio priežastis greičiau bus šitos ligos užmiršimas arba jos nepastebėjimas. Juk pats Rimbaud ir Serre nurodo, kad diagnozė labai dažnai būdavusi nustatoma, tik panaudojus kartotines liumbalines punkcijas, kaip pagalbinę diagnostikos priemonę. Ar ne jie patys pateisina dažną liumbalinių punkcijų vartojimą diagnozei nustatyti, tam tikrais atipiškais atsitikimais, kurių priežastis kitais atvejais lieka neišaiškinta ir kuri nuo to laiko randa teisingą išaiškinimą"? Dažniau pradėjęs daryti liumbalines punkcijas ir ėmęs ieškoti šitos ligos, kiekvienas gydytojas tam tikrą procentą vadinamų neaiškių susirgimų visiškai gali priskirti šitos ligos reiškiniams.

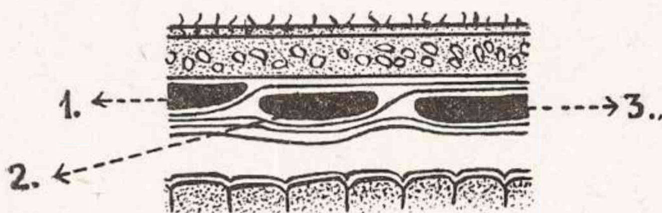
Toliau kalbant šita tema, vertėtų prisiminti kai kas iš anatomijos. Visą centr. nervų sistemą dengia trys smegeniniai apvalkalėliai. Pats išorinis iš jų, dura mater, susidaręs iš dviejų lapelių: lamina externa, gulinčio prie pat kaulo, ir lamina interna. Tarp abiejų šitų lapelių yra siauras cavum epidurale. Į vidaus pusę nuo dura yra cavum subdurale, jo gi išvidinę sieną sudaro arachnoidea. Pati arachnoidea taip pat yra susidariusi iš dviejų lapelių: lamina externa ir lamina interna. Tarp abiejų šitų lapelių yra cavum interarachnoidale, gi po lamina interna yra cavum subarachnoidale, kuriame ir yra liquor cerebrospinalis. Vidinę cavum subarachnoidale sieną sudaro plonutė pia, gulinti jau tiesiog ant galvos ar nugaros smegenų. Visi 3 smegenų apdangalai, ypač arachnoidea ir pia, gerai aprūpinti kraujo indais (žiūr. 1 pieš.).



1 pieš.

Kurie gi kraujavimai šitoje srityje yra galimi? (žiūr. 2 pieš.).

1) Kraujo išsiliejimas tarp kaulo ir lamina externa durae, t. y. supraduralinis ar ekstraduralinis kraujavimas.
2) Kraujo išsiliejimas tarp abiejų duros lapelių, t. y. epiduralinis kraujavimas.
3) Kraujo išsiliejimas į spatium subdurale, t. y. subduralinis kraujavimas, kaip, pvz., pachymeningitis haemorrhagica interna atveju.

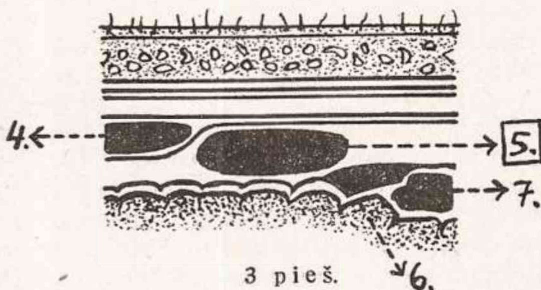


2 pieš.

Šitų kraujavimų atvejais kraujas jokiu būdu negali patekti į liquor'ą, nes arachnoidea iš lauko pusės kraujo nepraleidžia.

Be to, galimi dar ir šie kraujavimai (žiūr. 3 pieš.):

4) Kraujo išsiliejimas tarp abiejų arachnoidea lapelių, t. y. interarachnoidinis kraujavimas.
5) **Kraujo išsiliejimas į cavum subarachnoidale, t. y. subarachnoidinis kraujavimas.**
6) Kraujo išsiliejimas pia viduryje, t. y. intrameninginis kraujavimas.
7) Kraujo išsiliejimas tarp pia ir smegenų, t. y. subpialinis kraujavimas.



3 pieš.

Kadangi kaip tik subarachnoidiniame tuštyme yra liquor cerebrospinalis, gi pia kraują praleidžia ir, be to, lengvai gali įplyšti, tai prie šitų visų kraujo išsiliejimų liquor gali būti, arba turi būti hemoraginis.

Nuo kraujavimo šaltinio arba įvairių pasireiškiančių simptomų šitos rūšies kraujo išsiliejimai buvo įvairiausiai vadinami. Plačiausiai paplito ir išsilaikė „subarachnoidinio kraujavimo" terminas, ir visai suprantama kodėl, nes gi vienintelis ir tikras nuolatinis šito kraujavimo simptomas, priešingai visiems kitiems reiškiniams bei suradimams, yra kraujo buvimas subarachnoidiniame tuštyme, gi šitas tuštymas lengvai prieinamas punkcijoms.

Kraujavimo vieta gali būti įvairi: tiek intrakraninė, tiek ir intraspinalinė. Pirmuoju atveju žymiau pasireiškia smegenų veikimo sutrikimai, antruoju—spinalinės kilmės sistemų sutrikimai. Praktikoje yra pasitaikę ir grynai kraninių ir retkarčiais grynai spinalinių kraujavimo atsitikimų.

Kraujavimas gali pasireikšti tiek „per diapedesim", tiek daugiau ar mažiau „foudroyante" forma, „per rhexim"; gali pasitaikyti ir recidyvo atveju. Pirmos rūšies kraujavimai pasitaiko, susirgus vadinamąja „hemoraginių diatezių" forma. Priežasčių čia gali būti įvairiausių, pvz., morbus Werlhofii ar Moeller - Barlow'o liga. Į šitą kraujavimo rūšį mes nesigilinsime. Tokie subarachnoidiniai kraujavimai tegali būti tiriami tik sąsyjyje su viso organizmo ligos stoviu ir jie laikytini šalutiniu, labai retai tepasitaikančiu, kurią nors ligą lydinčiu simptomu. Mums tenka kreipti dėmesys tik į kraujavimus „per rhexim". Tiesioginė trauma, žinoma, sudaro labai svarbų veiksnį šitų kraujavimų pasireiškime, bet gi ji nėra vienintelė jų priežastis, kaip anksčiau buvo manyta. Ji gali būti vienintelė priežastis tik rečiausiais, chirurgijai priklausančiais, atvejais, ir čia mes šitų atvejų detaliai nenagrinėsime. Ieškant tikrųjų šitų kraujavimų priežasčių ir stengiantis nušviesti taip neaiškią ligos genezę, nuolat vis pateikiamos naujai iškeltos senos kilmės ligos teorijos, kurios netrukus pasirodo esančios klaidingos ar bent sukelia abejojimų del jų vertės. Daugiausia pasekėjų turi teorijos, aiškinančios ligos kilmę etiologiniais savumais, pasakyčiau, „išsisukinėjimo teorijos". Jų nuomone, kraujavimai atsirandą del konstitucijos menkavertiškumo ar ypatingo vazomotorinio aparato silpnumo, savotiškos vazomotorinės konstitucijos dėka arba del meninginių apvalkalų inervacijos sutrikimų. Vėl kiti kalba apie per didelį nervų sistemos jautrumą, ypač tos jos dalies, kuri inervuoja kraujo indus, ar apie „angiospazminius atvejus", įrodymui lygindami šituos susirgimus su kitomis ligomis; o kai kurie čia remiasi tuo faktu, jog kai kada tas pats pacientas serga dar, be to, ir migrene. Visiškai kitu keliu eina M a r b u r g. Jis sako, kad šitie kraujavimai kylą del kraujo indų sienelių plonumo, ar čia įgimto, ar įgyto toksinių - infekcinių ar ir mechaninių sužalojimų dėka.

Kad etiologinis klausimas galutinai paaiškėtų, noriu čia pateikti aneurizma sergančiųjų stebėjimų duomenis, kuriuos yra surinkę Horton ir Mills „Mayo klinikoje" (Čikagoje) per 10 metų. Iš viso čia stebėti 596 atsitikimai. Aneurizmų priežastimi tektų laikyti arterijų sienelių raumeninės dalies įgimtas silpnumas, kaip pirmas kad tvirtino Eppinger. Šitą nuomonę paremia ir tas faktas, kad sergančiųjų aneurizma aorta dažnai būnanti susiaurėjusi (Weber, Bode). Kadangi liga dažniau pasireiškia jauniems individams, negu seniems, tai arteriosklerozė čia etiologijos atžvilgiu jokios įtakos turėti negalėtų. Lues čia irgi pasitaiko vien tik tokiu santykiu, kaip ir apskritai pas visus ligonius, taigi ir ligos sukėlėju jis negalėtų būti. Kraujo spaudimo pakilimas pas sergančius aneurizmomis tik retai pasitaiko, širdies susirgimas dar rečiau, tad ir jie kaip etiologiniai veiksniai ligos genezei negalėtų turėti jokios reikšmės. Savo diagnozę „aneurizma" Mills ir Horton nustatė, pasirėmę iš dalies kliniškais stebėjimais, iš dalies operacijomis, o iš dalies ir sekcijomis. Tad smulkiau susipažinkime su jų pateiktais duomenimis.

Iš 596 atsitikimų 24% aneurizmos susirgimų pasitaikė galvos srityje, t. y. 143 atvejais, lues'o gi susirgimų čia būta tik 3,5%, taigi, beveik toks pats procentas, kaip ir apskritai visų gyventojų tarpe. 56,9% visų sergančiųjų. t. y. 339 atvejais, konstatuota aneurysma thoracis; lues procentas čia jau nepalyginti aukštesnis: juo sirgo 70% ligonių. Iš likusių ligonių 13,4%, t. y. 80 žmonių, aneurizmas turėjo pilvo srityje, gi 3,5%, t. y. 21 atveju, tenka kitokioms, mišrioms aneurizmoms. Taigi, matome, kad po thoracis aneurizmų dažniausiai pasitaiko galvos srities aneurizmos, ir tai tokiu procentu, kuriuo mes vargiai kada nors būtume tikėję. Priežastis galėtų būti ta, kad mes jų galvos srityje paprastai visai nelaukiame ir ypatingai, kad jos pačios yra mažos, nežymios; jų diagnozė nustatyti labai sunku, kartais visai neįmanoma, negut tik galvojant apie lengvą aortos aneurizmos diagnozės galimumą rentgenologiniu būdu.

Galvos srityje kraujo indų aneurizmos pasitaiko įvairiausiame amžiuje, tačiau jų daugiau, negu kitos rūšies aneurizmų, pasitaiko jaunuolių tarpe. Labiausiai aneurizmų mėgiamos vietos yra smegenų bazės kraujo induose, prieš pat jų įėjimą į cavum cerebri bei kraujo indų šakojimosi punktuose. Dažniausiai šitų pakitimų būna paliesta art. cerebralis media, toliau art. basilaris ir dar toliau, įvairuojančia eile, seka art. carotis interna, aa. cerebri anterior ir posterior, aa. vertebrales ir atskirais atsitikimais kitos arterijos. Čia esąs be abejo „santykis tarp art. medialis cerebri aneurizmų dažnumo ir reiški-

nio, kad tas indas ir jo šakos yra ypatingai jautrios kraujavimams" (Mills, Horton).

Subarachnoidinių kraujavimų etiologijai išsiaiškinti būtina paminėti abu Cl. Vincent'o aprašyti atsitikimai. Jis, naudodamasis angiografijos metode (į art. carotis dextra), galėjo surasti angiomą pas vaiką, kuriam 10—18 metų tarpe reguliariai kas metai, o vėliau dar dažniau pasireikšdavo centr. nervų sistemos priepuoliai ir jų metu liquor visada turėdavo hemoraginių priemaišų. Antras pacientas buvo 37 metų amžiaus vyras, jau antrą kartą turėjęs centr. nervų sistemos priepuolį kartu su hemoraginiu liquor'u. Pas jį taip pat buvo surasta angioma. Abiem atvejais angiomos aptikti pavyko, tik pasinaudojus angiografijos metode, nes kitais būdais ji negalėtų būti patikrinta. Čia subarachnoidinių kraujavimų priežastis buvo įgimta kraujo indų anomalija, pasireiškusi angiomų forma. Tikriausiai šitą apsigimimą lydėjo ir paveldėtas kraujo indų tunica muscularis silpnumas, gal ir nedideli aneurizminiai indų išsiplėtimai. Šitie faktai dar tvirčiau paremtų aneurizminę šitų kraujavimų genezės teoriją, kuri, mano nuomone, geriausiai išaiškina subarachnoidinių kraujavimų kilmę.

Bet kas verčia mus nustatyti etiologinį ryšį tarp subarachnoidinių kraujavimų ir aneurizmų? Pirmiausia šitą pažiūrą remia ligonių amžius: abi ligos labiau yra pamėgusios jaunus ir vidutinio amžiaus individus, nors ir pasitaiko įvairiausiame amžiuje. Šita proga nereikėtų užmiršti, kad abiem ligomis sergančių vyrų procentas yra mažesnis, negu moterų. Toliau yra bendra tai, kad abi ligos pasitaiko šiaip visai sveikiems žmonėms, ir jos genezės atžvilgiu visai nepareina nuo bet kurių kitų ligų, kaip lues, arteriosklerozė, hipertonija, endokarditas, ar kitokių. Sergant aneurizmomis ar subarachnoidiniais kraujavimais, visų šitų ligų pasitaiko toks procentas, kad jos tenka laikyti vien tik lygiagrečiais susirgimais. Be to, aneurizmų pasireiškimai, kaip teigia Mills ir Horton, ir subarachnoidinių kraujavimų simptomai, kaip ligšioliniai patyrimai rodo, yra įvairūs, bet jų būdai ypatingai panašūs. Faktas, kad labiausiai linkę kraujuoti indai, apie kuriuos aukščiau minėta, kaip tik dažniausiai būna ir aneurizmų paliesti. Ar tai jau nerodo tampraus sąsyjo tarp šitų abiejų susirgimų? Yra dar vienas bendras reiškinys, būtent, kad šitų ligų metu nebūna jokių uždegiminių procesų, nei kliniškų, nei patologiškai anatomiškų. Mano hipotezės teisingumą rodo ir tat, kad galvos smegenų kraujavimo atveju skrodžiant beveik 90% visų atsitikimų Hansen' o buvo rastos aneurizmos.

Bet kaip iš nežymios aneurizmos gali kilti kraujavimas? Apsvarstykime aplinkybes, padedančias kraujavimui pasireikšti. Įgimtas kraujo indų sienelių raumenų silpnumas krau-

jo apytakai lieka nereikšmingas tol, kol santykis tarp kraujospūdžio ir sienelės tvirtumo laikosi pastarojo naudai, kol netenka sienelėms atlaikyti smarkiai padidėjusio kraujospūdžio. Jei sienelė palyginti labai silpna, užtenka vaikui, pvz., gauti bronchitas ar šiaip del kurios menkos priežasties šita indo dalelė išsitempia, ir pasidaro aneurizma. Jei kraujospūdis dar pakyla, sienelė jau trūksta. Jei sienelės raumeninė dalis kiek stipresnė, reikia jau žymiai svarbesnės priežasties, sakysime, sunkaus kosulio. Jau pastebėta, kad smegenų kraujavimus ne taip jau retai lydi kokliušas. Gali būti, kad šitais atvejais kraujavimui pasireikšti padeda toksinė bei infekcinė šito susirgimo įtaka kraujo indams, bet tat bus tik paskatinimas, o ne tikroji genezės priežastis.

Vidutinio amžiaus žmones šitos rūšies kraujavimai ištinka tik todėl, kad jų kraujo indų atsparumas išvidiniam spaudimui yra sumažėjęs. Todėl suprantama, kad su hipertonija susijusios ligos, angiospazminiai susirgimai, psichiniai susijaudinimai, pagaliau dideli jėgų įtempimai, sukeldami galvos srityje kraujospūdį, indų sieneles verčia plėstis, aneurizmiškai išsitempti ir pagaliau jas gali visai ištempti ir sukelti kraujavimą. Bet visos šitos ligos ir suminėti momentai tik padeda susirgimui vystytis ir pasireikšti. Kad šitie susirgimai patys savaime nesukelia kraujavimų, rodo tat, jog kraujavimais varginamų ligonių tarpe jie pasireiškia tik tokiu pačiu procentu, kuriuo ir visiems ligoniams apskritai.

Tat pat galime pasakyti ir apie šitos ligos ištiktus individus senatvėje. Čia prisideda dar įvairūs organiniai sienelių pakitimai, kaip antai: arteriosklerozė, luetinės kilmės pakitimai ir kiti. Jie taip pat gali paveikti kraujo indus skatindami. Šituo atveju kraujavimai vyksta tokio paties skirtumo, kaip ir kitais atvejais, tik gali dažniau kartotis ar įgyti sunkią formą.

Paprastai šitas susirgimas pasireiškia palyginti lengva forma, o šitas reiškinys taip pat paremia mano teoriją. Spaudimo pakilimo atvejais silpnos raumeninės sienelės neišlaiko spaudimo, prasiskiria nedideliais tarpeliais ir sudaro mažas skylutes. Švelni intima šitose vietose lengvai gali susmukti ar, spaudimui dar labiau pakilus, plyšti. Kai tik vidaus spaudimas sumažėja, atsiradęs plyšys tuojau vėl užsitraukia, nes juk plyšusi tebuvo intima, šiaip esanti visiškai sveika ir galinti regeneruotis. Taigi, intima kraujo indų sužalojimų gydyme turi tą pačią reikšmę, kaip periostas sužalotam kaului gyti. Tačiau, jei sužalojimo vietoje ir intima yra pakitusi, kaip tat būna arteriosklerozės atveju, tai tuomet regeneracijos gali visai nebūti arba ji bent užsitęsia, ir šitais atvejais susirgimas pasireiškia sunkia ūmia forma arba kelis kartus recidyvuoja ir

gali baigtis mirtimi. Tokias pačias pasėkas turi kraujavimai ir tais atvejais, kai intima kuriuo nors būdu esti sužalota, ar čia toksiniu bei infekciniu, ar čia mechaniniu būdu.

Trumpai apie subarachnoidinių kraujavimų etiologiją norėčiau štai ką pasakyti: kraujavimus sukelia įgimti patologiški kraujagyslių pakitimai, pasireiškią angiomomis arba, ypač dažnai, raumeninės sienelių dalies silpnumu, privedančiu prie aneurizmų. Gi iš aneurizmų, pagal vidaus spaudimą ir sienelių atsparumą, kiekvienu laiku gali kilti kraujavimai. Visos kitos ligos, taip pat ir tos, kurios sukelia padidėjusį kraujospūdį, tėra tik lygiagrečiai susirgimai, ir kraujavimai vystosi visiškai nuo jų nepareidami, visai savarankiškai. Įvairūs momentai, sukelią kraujo kiekio padidėjimą galvos srityje, arba mažos traumos gali būti tik skatinamoji kraujavimo priežastis. Liguisti intimos pakitimai gali pasunkinti kraujavimų būdą arba jų eigą, ir tada susirgimas gali pasireikšti sunkesne forma, tačiau jie nėra kraujavimų priežastis. Tat gali atsitikti atskirais arteriosklerozės atvejais, kai šitas kraujagyslių sienelių pakitimas pasireiškia visuose sienelės sluogsniuose, tačiau šituo atveju kraujavimas pasireikš tik tokiu mastu, kaip kad gali pasireikšti ir visuose kituose organizmo organuose. Tat pat galima pasakyti ir apie kitas kraujagyslių ar paties kraujo ligas, galinčias bet kurioje organizmo vietoje sukelti kraujo išsiliejimus pro sieneles. Į tokias ligas tenka žiūrėti, kaip į viso organizmo, kaip vieneto, susirgimą. Taigi aš negaliu sutikti su Landes'o nuomone, kad subarachnoidinis kraujavimas yra tik tam tikrų ligų simptomas. Iš tikrųjų, etiologinių požiūriu tat yra tas pats susirgimas, pasireiškiąs įvairiais simptomais.

Prieš įsigilindamas į specifiškus šitos ligos reiškinius, noriu nors trumpai, bendrais bruožais, paminėti šito susirgimo atsitikimus, kurie mums patiems teko stebėti. Tat bus iš viso 12 susirgimų; jie stebėti 1934—1940 metais buv. Kauno Žydų ligoninės Vidaus ligų A skyriuje, ir, be to, 3 privatinėje praktikoje.

1 atsitikimas. V. S., vyr., 58 m. amžiaus. Keletą dienų skaudėjo galvą. Išeinamojoje vietoje rastas be sąmonės.

St. praes.: Žymus opisthotonus, Kerning teigiamas; refleksai žymiai pagyvėję; kraujospūdis 150. Ureos 34. Šlapimuose baltymų 0,66‰. M. F. R. teigiamas. Temperatūra iki 7-tos dienos buvo pakilusi, maximum 38,6°.

Ligos eiga: Liumbal. punkcija 1-mą ir 4-tą dieną—liquor hemoragiškas. 5-tą d. sąmonė paaiškėjo. 21-mą d.—liquor skaidrus su geltonu atspalviu. 24-tą d. sėdi lovoje, nebeskauda. 43-čią—49-tą d. neuritis n. ischiadici dextri. 52-tą d. išrašytas gerai jausdamasis.

Ligonis gavo 15 kartų bismogenolio.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis (Lues?).**

II atsitikimas. D. V., vyr., 44 m. amž. Už dviejų dienų, prieš susergant svaigusi galva. Paskutinę dieną staiga griuvęs, netekęs sąmonės. Venos punkcija — 300 cm³.

St. praes.: nevisiška sąmonė, sunku susikalbėti. Kraujospūdis 205/135. Šlapimuose baltymų 0,135‰. Ureos 48. Temperatūra: iki 5-tos d. pakilusi, maximum 38,2°.

Ligos eiga: Liumbal. punkcija 2-ą ir 6-tą d.—liquor hemoragiškas; spaudimas labai padidėjęs. Didelis neramumas dieną ir naktį. 26-tą d. punctio cystica—liquor daug šviesesnis. 27-tą d. nebeskauda, skaito laikraštį. 36-tą d. išsirašo gerai jausdamasis.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

1939. IV. 15 d. gydėsi nuo uremijos. Exitus letalis (vadinasi, apie 5 metus vėliau).

III atsitikimas. O. J., mot., 36 m. amžiaus. 10 dienų galvos skausmai. Užvakar pasidarę blogiau, vėmusi, smarkus skausmas sprande ir pečiuose.

St. praes.: Opisthotonus smarkiai pasireiškęs: Kerning teigiamas; refleksai kiek pagyvėję. Šlapimuose baltymų 3,3‰. Ureos 50. Temperatūra iki 6-tos d. pakilusi, maximum 38,6°.

Ligos eiga: Liumbalinė punkcija 2-ą d.—liquor hemoragiškas. Spaudimas vidutiniškas. 6-tą d. punctio occipitalis—liquor gelsvai raudono atspalvio. 7-tą d. išsirašė savo noru.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

IV atsitikimas. M. C., vyr., 48 m. amžiaus. Prieš 4 dienas, dirbdamas kieme, norėjęs kelti, pasirodę, lyg kas trūkę galvoje, kritęs, buvęs rastas be sąmonės. Sąmonę atgavęs po 1½ valandos, turėjęs didžiausius galvos skausmus.

St. praes. Visiška sąmonė. Opisthotonus ir Kerning stipriai pasireiškę. Kraujospūdis 165/85. Tvinksnis 64. Temperatūra iki 6-tos d. pakilusi, maximum 38,8°.

Ligos eiga: Liumbal. punkcija iš viso 6 kartus. 1-mą d.—liquor hemoragiškas. 4-ą d.—šviesiai rausvos spalvos. Kraujospūdis 125/65. 10-tą d.—liquor skaidrus. 13-tą d. galva nebeskaudanti. 21-mą d. pakaušinė punkcija. 32-rą d. išrašytas gerai jausdamasis.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis. Sclerosis.**

V atsitikimas. P. M., mot., 64 m. amžiaus. 2-3 savaites skaudėję galvą, gulėjusi lovoje.

St. praes.: Kraujospūdis 150/100. Ureos 55. Temperatūra nepakilusi.

Ligos eiga: Liumbal. punkcija 2-rą d.—liquor hemoragiškas. Šlapimuose balt. 0,33‰. 4-tą d. venos punkcija — 200 cm³. 14-tą d. skausmai beveik visai praėjo. Išrašyta.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

VI atsitikimas. D. G., mot., 48 m. amžiaus. Susirgusi inkstų liga. Prieš 4 dienas staiga apalpusi, nuo to laiko baisiai skaudėję galvą, skaudėjęs sprandas ir pečiai.

St. praes.: Aiškus opisthotonus. Kraujospūdis 205/95. Širdis: kaip „hipertoniko". Šlapimuose balt. 5°/₀₀.; ureos 78. Temperatūra: pirmą kartą pakilusi iki 13-tos d., maximum 38,4°, ir antrą kartą iki 7-tos d., maximum 39,0°.

Ligos eiga: Liumbal. punkcija 1-mą, 3-čią ir 8-tą d.—liquor hemoragiškas. Pastebėta: Strabismus ir paresis n. facialis dextri. 17-tą d. jautėsi jau sveika. Staiga nustojo sąmonės. Liumbal. punkcija 17-tą, 20-tą. 21-mą ir 22-tą d.—liquor hemoragiškas; didelis spaudimas. 23-čią d. Ureos 55. Šlapimuose balt. nerasta. 25-tą d. išsirašė prieš patarimą.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis. Nephritis chron. Hypertonia.**

VII atsitikimas. R. V., mot., 70 m. amžiaus. Prieš 7 metus turėjusi panašų priepuolį, po to paralysis n. facialis. Už dienos prieš atsigulant į ligoninę staiga gatvėje pasidarę bloga, galvoje skaudėję, parkritusi ant žemės be sąmonės. Vėmusi ir kiek pagerėję.

St. praes.: Opisthotonus ir Kerning silpnai pasireiškę. Ureos 66. Šlapimuose balt 2,64‰. Kraujospūdis 185/110. Tvinksnis—daugiausia 40—45 (—60). Temperatūra: pirmo priepuolio metu iki 12-tos d. pakilusi, maximum 38,5°; antro priepuolio maximum 37,4°; trečio priepuolio maximum 38,2°.

Ligos eiga: 1-mą d. venos punkcija—300 cm³. Liumbal. punkcija—liquor hemoragiškas; spaudimas pakilęs. 5-tą d. liumbal. ir 8-tą d. okcipital., toliau 12-tą ir 16-tą d. liumbal. punkcijos—jau tyras ksantochrominis ir 22-tą d. opalescentinis liquor. 30-tą d. vėl pablogėjimas, be sąmonės. Liumbal. punkcija—liquor hemoragiškas, taip pat 33-čią d. 36-tą d. skausmas sumažėjęs, ligonė kiek sąmoningesnė. 41-mą d. vėl pablogėjimas. Liumbal. punkcija—spaudimas pakilęs, skaidrus liquor. Šlapimuose balt. 0,033‰. Šalčio krėtimas, mieguistumas. Opisthotonus labai gerai pasireiškęs. 72-rą d. ir 80-tą d. liumbal. punkcija. Sąmonę atgavo. 94-tą d. stovis vėl žymiai pablogėjęs, be žado. 97-tą d. hypostasis pulmonum, sąmonė visai aptemusi, nereaguoja. Exitus letalis.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis. Pneumonia.**

VIII atsitikimas. R. H., mot., 60 m. amžiaus. Jau 6 metus dažnai svaigstanti galva. Prieš penketą dienų labai pradėję skaudėti galvą. Prieš ketvertą dienų skausmai padidėję, gatvėje pastebėjusi, kad dešin. vokas nudribęs, pradėjusi matyti kaip per miglą. Kairioji koja pradėjusi skaudėti, nebegalėjusi vaikščioti.

St. praes.: Opisthotonus kiek pasireiškęs. Kraujospūdis 190/105. Dešin. akis: strabismus divergens, mydriasis, nereaguoja į šviesą ir konvergenciją. Paralysis n. oculomotorii. Ureos 36. Šlapimuose balt. pėdsakai. Temperatūra nedaug pakilusi, iki 8-tos d. maximum 38,0°.

Ligos eiga: 3-čią d. liumbal. punkcija—liquor hemoragiškas. Kraujospūdis 160/80. 5-tą, 12-tą ir 33-čią d. okcipital. punkcija—liquor xantochromatosus. Visuomet galvos skausmai. 49-tą d. pablogėjimas. Kraujospūdis: 115/70. 52-rą d. liumbal. punkcija—liquor xantochromatosus. Neteko sąmonės. Cyanosis. Exitus letalis.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

IX atsitikimas. M. L., vyr., 43 m. amžiaus. Staiga susirgęs galvos skausmu, keletą kartų vėmęs.

St. praes.: Bradycardia. Kerning teigiamas. Ureos. 26. Šlapimuose balt. 0,165‰. Temperatūra iki 4-tos d. pakilusi, maximum 37,8°.

Ligos eiga: Subokcipital. ir liumbal. punkcijos—liquor hemoragiškas. 10-tą d. išrašytas be jokių nusiskundimų.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

X atsitikimas. C. L., mot., 58 m. amž. Prieš 3 dienas skaudėję galvą, vėmusi, sprandas sukietėjęs.

St. praes.: Opisthotonus ir Kerning teigiamas. Ureos 20. Šlapimuose balt. antrą dieną 0,2‰, penktą dieną 1,65‰ ir 19-tą dieną pėdsakai. Kraujospūdis: 165/85. Temperatūra pakilusi iki 8-tos dienos, maximum 38,0°.

Ligos eiga.: Liumbal. punkcija 2-rą d. — liquor hemoragiškas. 23-čią d. išrašytas gerame stovyje.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

XI atsitikimas. M. J., vyr., 63 m. amžiaus. Prieš 3 dienas iš karto netekęs žado, negalėjęs vėliau paeiti del silpnumo.

St. praes.: Sąmonė kiek aptemusi. Sunku susikalbėti. Kalba neaiškiai Ureos 50. Temperatūra nuo 12-tos iki 15-tos dienų pakilusi, maximum 37, 2°.

Ligos eiga.: Pirmą dieną liumbal. punkcija — liquor xantochromatosus. 8-tą d. savijauta gera, aiškiai kalba, supranta viską. 24-tą d. išrašomas sveikas.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

XII atsitikimas. R. K., mot., 42 m. amžiaus. Ilgus metus serganti migrene. Prieš 3 dienas parkritusi krautuvėje, nustojusi normaliai kalbėti, atsigavusi ir nežinojusi, kaip ir kas atsitikę. Didelis vėmimas, didelis galvos skausmas.

St. praes.: mažas opisthotonus, Kerning neigiamas. Kalba neaiški ir užgauna liežuvį. Ureos 34. Kraujospūdis 120/75. Šlapimuose balt. pėdsakai. Temperatūra nepakilusi.

Ligos eiga: 1-mą d. liumbal. punkcija—liquor sanguinolentus, taip pat 6-tą d. 9-tą d. jau aiškiai kalba. 11-tą, 16-tą ir 19-tą d. liumbal. punkcijos—liquor xantochromatosus, spaudimas didelis. 24-tą ir 40-tą d. tas pat; svaigsta galva. 49-tą d. išrašyta.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

Po 1½ metų visai pasveikusi.

Dabar eina 3 privatūs atsitikimai.

XIII atsitikimas. J. B., vyr., 54 m. amž. Serga hypertonia. Kartais skaudą galvą. Prieš 3 dienas susirgęs labai dideliu galvos skausmu. Sąmonė aptemusi. Kitas gydytojas suradęs šlapimuose baltymų. Ureos 84. Jo diagnozė: Uraemia. Daręs venos punkciją. Mūsų padaryta liumbal. punkciją rodė raudoną hemoragišką cerebro-spinalinį skystį. Spaudimas padidėjęs. Temperatūra kiek pakilusi. Ureos normalus kiekis. Šlapimuose baltymų nerasta.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

Atsikėlė tik po keleto mėnesių. Pasiliko depresija.

XIV atsitikimas. C. K., mot., 54 m. amžiaus. Ren mobile. Bendras silpnumas. Prieš 3 dienas didelis galvos skausmas. Kitas gydytojas suradęs šlapimuose baltymų. Kraujospūdis nepadidėjęs. Jo diagnozė: haemorrhagia cerebri be topiškų pasireiškimų. Venos punkcija. Mūsų padaryta liumb. punkcija rodė rausvą, hemoragišką cerebro-spinalinį skystį. Spaudimas nepadidėjęs. Temperatūra nepakilusi.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

Po 14 dienų nuo pasveikimo vėl staigus priepuolis. Exitus letalis. (Punkcija nepadaryta, kadangi buvo kaime).

XV atsitikimas. L. L., mot., 47 m. amžiaus. Prieš 7 dienas susirgusi staiga galvos skausmu. Kitas gydytojas suradęs kraujospūdį 170. Jo diagnozė: neuralgia. Mūsų padaryta liumb. punkcija rodė liquor xantochromatosus. Spaudimas padidėjęs. Šlapimuose baltymų pėdsakai. Temperatūra 37,6°.

Diagnozė: **Haemorrhagia meningealis.**

Po 4 savaičių visai pasveiko.

Ypatingai šitie privatinės praktikos ligoniai patvirtina mūsų pareikštą nuomonę, kaip neteisingai šita liga diagnozuojama ir gydoma.

Prodrominiai ligos reiškiniai gali trukti vos kelias dienas, bet gali užsilikti net keletą metų, gali periodiškai kartotis arba pasidaryti pastovūs. Dažniausiai būna skausmai galvos ir sprando srityje, galvos svaigimas, bloga savijauta kartu su lengvesnio pobūdžio sąmonės neaiškumu bei kliedesiais.

Tikroji susirgimo pradžia dažniausiai pasireiškia staiga, brutaliai, audringai, po visiškai geros savijautos. Tačiau kar-

tais susirgimas gali pradėti reikštis iš lėto, palaipsniui, greitesniu ar lėtesniu tempu. Liga gali pasireikšti be jokios matomos priežasties, net ir miegant; kartais iškyla aikštėn kurie nors šalutiniai momentai: sunkesnis fizinis darbas, kaip malkų skaldymas, vandens pumpavimas, arba psichiniai susijaudinimai, kaip išgąstis, džiaugsmas, coitus (4 atsitikimai), arba ir tokie atsitikimai, kaip gimdymas, defekacija ir kiti.

Kaip ir tenka laukti pasirėmus teorija, mūsų stebėtais atsitikimais susirgimas gali pasireikšti meningitiniais požymiais, kai išsiliejęs kraujas dirgina meningus, arba spaudimo simptomais, kai išsiliejęs kraujas susiaurina smegenų tuštymus, arba ir apopleksiniais reiškiniais. Pagal kraujo išsiliejimo pobūdį ir dydį visi šitie reiškiniai gali pasitaikyti paveniui arba keli jų gali įvairiausiai tarpusavyje kombinuotis, būdami aiškūs, ryškūs arba visai nepastebimi. Visi šitie reiškiniai gali kartais iš pat pradžių iškilti stipriausia forma ir toliau vis silpnėti arba iš lėto vis stiprėti ir padidėti iki lėtalinės pabaigos. Gi ligos reiškiniai gali lengvai prasidėti, palengva vis stiprėti ir, pasiekę aukščiausį laipsnį, pranykti. Neretai susirgimai pasitaiko ir lengva, vos pastebima forma.

Skausmai galvos ir sprando srityje pasitaiko beveik nuolat ir ligonių pareiškimu būna nepaprastai stiprūs. Psichinis bei motorinis neramumas, kliedesiai, priepuoliai ir kiti panašūs reiškiniai kartojasi nepastoviai. Daug dažniau simptomiškai pasitaiko atbukimas, mieguistumas, apsvaigimas, subkoma iki gilios komos; visi šitie reiškiniai gali pasitaikyti atskirai ar pereiti vieni į kitus. Labai retai būna tokie psichiniai reiškiniai, kaip dalinis netekimas orientacijos laike ar erdvėje, atminties bei pastabumo sutrikimai, noras juokauti. Kita vertus, esant šitiems kraujavimams, ligonis gali turėti visišką, nei kiek nesutrikusią sąmonę.

Beveik visada šitos ligos atveju būna opisthotonus ir Kerning, taip pat vertimas vemti ir net pykulys, bet jis beveik visuomet pasitaiko tik vieną sykį ligos eigoje. Gana dažnai esti ir akių sutrikimai, kaip, pvz., pakitusi lęšiuko reakcija į šviesą, anisochoria, papillitis. Neretai atsitinka n. oculomotorius, n. abducens ir n. facialis parezės. Atskirais atvejais pasitaiko ir kontraktūrų, toniškų ar kloniškų traukulių, taip pat praeinančių parezių. Keletą kartų buvo pastebėta nebūdingų hemiplegijų, pranykusių po 4-5 dienų. Pakinta refleksai: pilvo dangos refleksai nyksta tik išimtiniais atvejais, tačiau gana dažnai išnyksta arba susilpnėja pateliariniai ar Achillo sausgyslės refleksai, nors kartais tų pačių refleksų jautrumo laipsnis gali ir padidėti, net iki klonuso. Babinski dažnai būna teigiamas, kartais net abipusis. Neuralgijos yra pastebimos ne-

pareinamai nuo tam tikrų nervų, jos yra tik vidutiniško laipsnio ir yra praeinančios.

Be šitų aprašytų įvairių ir kartais vienų kitiems priešingų tiesioginių ligos reiškinių, sukeltų centrinės nervų sistemos, paminėsiu ir kitus šito susirgimo atveju nuolat pasitaikančius reiškinius. Čia naudosiuosi ne tik savo stebėjimais, bet ir kitų patyrimu. Tvinksnis dažniausiai būna normalus, kartais būna bradikardija; tachikardija esti labai retai. Kraujospūdis nepadidėja. Temperatūra pirmosiomis dienomis pakilusi, nuolat svyruoja, maximum apie 38,8°; temperatūros pakilimas paprastai laikosi apie 8 dienas. Nuolat atsiranda abejojimų, ar karštis kyla del rezorbcijos, ar del spaudimo į kvėpavimo centrą, ir tuo būdu yra centrinės kilmės. Manyčiau, kad čia būna rezorbcinis karščiavimas, nes centro sukeltas paprastai taip reguliariai nesikartotų, pasiektų didesnį laipsnį ir nebūtų toks tipiškas. Kraujo vaizdas normalus, tik išimtiniais atsitikimais—leukocitozė (10—12,000). Kraujo nusėdimo reakcija nepagreitėjusi. Cukraus ir ureos tik tiek, kiek ir normaliai būna. Tranzitorinė hiperazotemija, pasak R i m b a u d'o ir S e r r e's, pasitaikanti gana dažnai. Buvo pastebėta tiek oligurija, tiek ir polyurija. Įsidemėtina visų minima albuminurija, pasiekianti net gana aukštą laipsnį, tačiau nelydima jokių kitokių inkstų veikimo sutrikimų. Ji greit praeina. Bet gi mes juk žinome, kad albuminuriją gali sukelti ir psichiniai reiškiniai, ir traumos, ir „Zuckerstich“ (Cl. B e r n a r d), todėl, aš manau, galiu atmesti visas kitas nuomones šitais atvejais ir kad ją sukelia centrinė priežastis tiesiogiai.

Liquor'o spaudimas gali būti pakilęs ir svyruoti iki 800 mm., bet pakilimas laikosi tik trumpą laiką. Beveik visada ir čia pasitaiko nedidelis baltyminių medžiagų padaugėjimas bei leukocitozė su pasirodymu didesnio daugiabranduolių narvelių skaičiaus. Liquor'o cukraus veidrodis yra padidėjęs. Bakteriologiniai tyrimai būna neigiami. WaR buvo teigiama tik tais retais atsitikimais, kai kartu buvo ir lues. Ypatingai svarbi aplinkybė, kaip minėta, yra liquor'o hemoragiškumas. Tačiau žinomi keli labai reti atsitikimai, kai smegenėlių tonsilos (tonsillae cerebelli) tartum ventiliais uždaro praėjimą, ir liquor negali nutekėti žemyn. Taip pat kartais, labai retais atvejais, liquor lieka nehemoragiškas, nes smegenų apdangalai sudaro tartum kapsules ir nepraleidžia kraujo į liquor'ą. Mano nuomone, šitais paskutiniais atvejais kraujavimai įvyko interarachnoidiniuose, intrameninginiuose arba subpialiniuose tuštymuose, iš kurių kraujas nepajėgia praplėšti atitinkamo smegenų apdangalo ir tuo būdu nesusidaro tikrieji subarachnoidiniai kraujavimai (žiūr. 3 pieš).

Diagnozei išspręsti svarbiausias yra kraujo kūnelių nusėdimas, arba, teisingiau, centrifugacija. Imdami cerebro-spinalinį skystį tučtuojau po kraujavimo, galime gauti visai normalų, skaidrų, šviesų skystį. Bet atlikdami punkcijas po kelių valandų, del subarachnoidiniame tuštyme vykstančios hemolizės gausime jau rožinį atspalvį, o po kelių dienų, pavirtus hemoglobinui į bilirubiną, gausime gelsvą spalvą. Hemolizė gali vykti ir su jau išimtu liquor'u mėgintuvėlyje, todėl reikia nedelsiant po punkcijos imti jis tyrinėti. Dirbtinai sukeltas kraujavimas, pvz., atsiradęs nuo dūrio, yra iš to pažįstamas, kad įgauna tamsesnę spalvą, nes kraujavimas šitais atvejais beveik visada kyla iš įdurto veninio rezginio. Be to, šitais atvejais pasireiškia ir kraujo koaguliacija, gi subarachnoidinių kraujavimų atveju ji įvyksta jau subarachnoidiniame tuštyme ir todėl punktuotame skystyje fibrino sukrešėjimo nebūna. Abejotinais atvejais reikėtų atlikti „trijų mėgintuvėlių bandymas".

Del ligos eigos galime savo patyrimu patvirtinti daugumos tyrinėtojų reiškiamą nuomonę, kad susirgimas paprastai laimingai praeina. Iš 15 atsitikimų pas mus 3 atvejais buvo exitus letalis del recidyvuojančių kraujavimų ir del atsiradusių komplikacijų. Mes sutinkame su visų stebėtojų bendra nuomone, kad vidutiniškai po 7-10 dienų ligonio savijauta pagerėjanti ir beveik visiškai grįžtanti sveikata, gi po 3—4 savaičių pacientas galima išleisti namon. Bet yra keletas ir nepalankių satistikų.

Tenka trumpai pakalbėti apie **diferencinę diagnostiką.** Coma uraemicum s. diabeticum lengva atmesti, ištyrus šlapimus ar kraują. Meningitis serosa ar meningitis cerebrospinalis epidemica ligos eigos reiškiniai būna taip skirtingi, kad tik atskirais atsitikimais gali būti sunkumų, nustatant tikrą diagnozę, bet akyliau patyrinėjus ir čia galima išvengti klaidos. Taip pat galima pasakyti apie apopleksiją, art. meningea media kraujavimą ir pachymeningitis haemorrhagica, nes tos ligos lengva atskirti iš dalies iš jų specifiškų požymių, iš dalies iš bendrinių simptomų.

Terapinis gydymas — gulėjimas lovoje eventualiai ledų pūslė bei sedativa, esant luesui ir specifiškos priemonės. Mes sėkmingai naudojame ir liumbalines punkcijas, ne vien diagnostikai, kaip kad nurodo G o l d e c k, bet ir gydymui, ir mes sutinkame su visais kitais del šitos punkcijos terapinės vertės. Punkcijas darydavome, kaip ir kiti, dažnai, bet imdavome tik mažą kiekį liquor'o, kad, staiga nukritus spaudimui, vėl nepasikartotų kraujavimas. Punkcijas darydavome ne schemiškai intervalais, bet kiekvienu atveju individualiai savo nuožiūra, įterpdami okcipitalines punkcijas.

LITERATŪRA.

1. „Archives of Internal Medicine" (Chicago): 1938 m. 62 t. 6 nr., 949 p.
2. „Ars Medici": 1938 m. 12 nr., 660/661 p.
3. „Klin. Wochschr.": 1929 m. 2 t., 1672 p.
4. „Le Monde Médical" (Paris): 1938 m. 927 nr., 889 p.
5. „Münch. med. Wschr.": 1939 m. 2 t., 1340 p.
6. „ „ „ : 1940 m. 2 t., 1021 p.

Клиника субарахноидальных кровотечений.

О субарахноидальных кровотечениях очень мало говорится в учебниках и руководствах. Об этом заболевании очень мало думают и у постели больного. Поэтому оно редко диагносцируется; реже, чем оно бывает. Этому содействует еще и то, что картина болезни чрезвычайно разнообразна и порою туманна. Лумбальная пункция выясняет диагноз быстро.

Вкратце приводится анатомия всех мозговых оболочек и возможность кровоизлияний в каждую из них. В общем возможны 7 разных анатомических форм кровоизлияний. В 4-х из них люмбальный пунктат содержит кровь.

Для выяснения этиологии приводятся исследования из клиники братьев Мауо в Чикаго. Из 596 случаев аневризм 143 случая (24%) относятся к артериям внутричерепным. Как причину этих аневризм, они считают конституционную уменьшенную стойкость сосудов. Повышенное кровяное давление является только вторичным моментом.

Приводится 15 историй болезни: 12 из больницы, 3 из частной практики.

Прогноз при этом заболевании сравнительно хорош, в сравнении с другими внутричерепными кровоизлияниями.

Дифференциальная диагностика легка с помощью люмбальной пункции.

Die Klinik der „Subarachnoidalen Blutungen".

Die Erkrankung der „subarachnoidalen Blutungen" gehoert zu den am meisten stiefmuetterlich behandelten in der medizinischen Literatur. Daher wird am Krankenbett an diese Erkrankung selten oder fast gar nicht gedacht, folglich nur selten diagnostisiert. Hinzu kommt, dass die Erkrankungsform eine sehr verschiedene und verwischte ist. Nur die Lumbalpunktion macht die Diagnose klar.

Es wird kurz die Anatomie saemtlicher Hirnhaeute an Hand von Skizzen wiedergegeben, und anschliessend die Moeglichkeiten der Blutungen in und zwischen diesen analysiert. 7 Arten von Blutungen sind moeglich, von denen es bei 4 zu Blutungen in den Subarachnoidalraum kommen kann.

Zur aetiologischen Klaerung werden Untersuchungen aus der Mayo - Klinik (Chicago) von Mills und Horton hinzugezogen. Unter 596 Faellen von Aneurysma wurden 24%, gleich 143 Fällen im Bereich der Kopfarterien gefunden. Es wird der Standpunkt vertreten, dass die Ursache der „subarachnoidalen Blutungen" minderwertige Gefaessanlage verschiedener Art ist. Erhoehter Blutdruck hat nur ausloesende Bedeutung.

Anschliessend werden Epikrisen von 12 klinisch und 3 privat behandelten Faellen wiedergegeben.

Ferner wird die verhaeltnismaessig guenstige Prognose gewuerdigt, es wird auf die differentialdiagnostichen Moeglichkeiten eingegangen, und abschliessend die Bedeutung der Lumbalpunktionen im Zusammenhang mit der Therapie besprochen.

Gyd. D. Linskis.

Epideminio hepatito etiopatogenezėse klausimu.

Epideminis hepatitas dažnai pasitaiko karo metu, bet dar dažniau būna taikos metu, ypatingai vaikų tarpe. Pasak Henning'o, ankstybiausioji iš žinomų hepatito epidemijų buvusi jau 1699 mt. Berlyne. Henning surinko žinias apie 86 hepatito epidemijas, įvykusias prieš 1890 mt.; Gluchov iki 1933 mt. suskaitė jų 129. Be abejo, nepažintų, nepastebėtų ir į šitą statistiką nepatekusių epidemijų skaičius yra keleriopai didesnis. V. Bormann pažymi, kad JAV 1861—1862 mt. tarpusavio karo metu persirgusių epideminiu hepatitu karių skaičius siekęs 42.569. Iš vietinių epidemijų bene gausiausioji susirgimų skaičiumi bus įvykusioji 1920 mt. Rostove, Barykin'o aprašytoji, epidemija, kurios metu persirgo 2.000 žmonių. Ilgiausiai (16 mėnesių) truko 1904—1905 m. siautusioji epidemija Tomske (Lomovickij). Didžiausias gyventojų procentas sirgo epideminiu hepatitu 1924 mt. Portugalijoje (Fundao prefektūroje), kur šitą ligą persirgo 23,2% visų gyventojų. Dažnas šitos ligos atsiradimas karo metu davė progą pavadinti ją karo liga (Francūzijoje — „jaunice des camps", Anglijoje — „the epidemic jaundice of campaigns"). Tačiau toks pavadinimas yra aiškiai neteisingas. Kariai serga ta liga ir taikos ir karo metu, o daugiausia ta liga plinta vaikų tarpe. Iš 80 Henning'o surinktų, iki 1890 mt. siautusių epidemijų, 26 siautė tik karių, 6—karių ir civilių ir 48 tik civilių gyventojų tarpe. Iš 129 Gluchov'o surinktų epidemijų, karo metu siautė tik 20, visos gi kitos yra pokarinio meto ir nieko bendra su karu neturi. Gluchov ir v. Bormann neteisingai traktuoja epideminį hepatitą, kaip specifišką karo meto susirgimą. Karas (teisingiau, karo meto gyvenimo sąlygos) yra tiktai antraeilis, pagelbinis momentas, leidžiąs hepatito epidemijai išsiplėsti.

Persidirbimas, psichinė trauma, mitybos sutrikimas, netinkamos gyvenimo sąlygos, duodančios progą laikinai nusilpti organizmui, yra kartu palankios infekcijai persiduoti ir hepatito epidemijai išsiplėsti. Tačiau ir taikos metu hepatito epidemijos dažnai atsiranda mokyklose, stovyklose, vienuolynuose, tolimojo plaukiojimo laivuose, internatuose ir apskritai visur ten, kur tam tikras tų pačių žmonių skaičius yra nepalankių sąlygų įtakoje pastoviai susibūręs ilgesnį laiką aprėžtame plote. Dažniausiai ta liga pasitaiko mokyklose.

Žemiau mūsų yra aprašomos dvi nedidelės hepatito epidemijos, įvykusios 1938 ir 1940 metais Vilkaviškio apskrities Bartininkų ir Pajevonio valsčiuose. Pirmosios epidemijos siautimo plotas turėjo maždaug 4 klm. spindulį ir apėmė 7 gretimus kaimus; epidemija truko apie 2,5 mėn.; apklausinėjus gyven-

tojus, pavyko nustatyti, kad šitą ligą persirgo apie 50 asmenų, kurių didelė dauguma (80%) mokyklinio amžiaus vaikai. Dauguma persirgo lengvai, letalinių atsitikimų nebuvo; keli atsitikimai buvo kiek sunkesni. Būdinga, kad keliose šeimose sirgo po 2—3 žmones tuo pačiu metu; keli šitos ligos atsitikimai buvo konstatuoti tikrinant mokyklas. Antroji epidemija truko tik 5 savaites; jos apimtas plotas turėjo taip pat 4 klm. spindulį; persirgo apie 20 asmenų, taip pat daugiausia mokyklinio amžiaus vaikų; visi persirgo lengvai.

1 atsitikimas. V-aitė Valentina, 7 mt., pr. mok. mokinė. 1937. XII. 12 d. Penkias dienas jau serga. Susirgusi ūmai, t° pakilusi iki 38,9°. Tėvai pastebėję, kad šlapimai labai tamsūs ir drumsti. Ketvirtą ligos dieną karštis sumažėjęs, bet atsiradusi gelta. Skleros ryškiai geltonos. Oda išgeltusi, bet švari. T° 37,4; tvinksnis 68 per minutę. Širdis normos ribose, tonai aiškūs; kvėpuojamuosiuose organuose — n. yp. Nedidelis skausmingumas po dešiniuoju šonkaulių lanku. Kepenys ir blužnis neapčiuopiamos. Šlapimų cheminė analizė: baltymų — pėdsakai, tulžies pigmentų yra, kraujo — nėra; mikroskopinė analizė: 7—10 leukocitų ir pavieniai hyalininiai cilindrai reg. lauke, gan daug plokščiojo epitelio ir uratų. Liga truko apie 10 dienų.

Gydymas — laxantia, cholagoga, dieta.

2 atsitikimas. M-ius Juozas, 7 mt., pr. mok. mokinys. 1937. XII. 15 d. Kelias dienas nesmagiai jautęsis, paskui atsiradusi gelta. Skleros geltonos, odos geltonumas nedidelis. Liežuvis apžėlęs; tvinksnis 66 per minutę; t° — 37,4. Kardio-vaskuliarinis ir respiratorinis aparatai — n. yp. Palpuojant apčiuopiamos išėjusios per 1,5 piršto iš po dešiniojo šonkaulių lanko, nekietos, lygios, kiek skausmingos kepenys; blužnis neapčiuopiama, bet yra skausmingumas ir po kairiuoju šonkaulių lanku. Šlapimų analizė: lyg. svoris 1.024; baltymų, kraujo, tulžies pigmentų — yra; diazoreakcija neigiama; mikroskopinė analizė: 5—8 leukocitai, 1—2 eritrocitai, pavieniai hyalininiai cilindrai reg. lauke. Kraujas: Hb 72%, eritrocitų — 3.550.000, index. — 1, leukocitų — 6,000 (eozinofilų — 2, nepribrendusių — 4, segmentinių — 68, limfocitų — 24, monocitų — 2). Kraujo nusėdimas: per valandą — 3; per 2 val. -- 9. Sirgo apie 10 dienų.

3 atsitikimas. A-kius Bronius, 23 mt., darbininkas. 1938. I. 4 d. Sergąs apie 10 dienų. Kelias dienas karščiavęs, po to karštis sumažėjęs, bet visas kūnas pageltęs. Visą laiką vemiąs ir viduriuojąs, jaučiąsis labai nusilpęs, visai neturis apetito, kelias naktis nebemiegąs. Oda yra ryškiai ikteriškos spalvos, labai niežti, yra gausių sukasų. T° — 37,6. Tvinksnis 78 per minutę. Liežuvis apžėlęs, yra foetor ex ore; ligonis vemia ir viduriuoja. Skausmai lokalizuojasi visame pilvo plote. Kepenys išsikiša per 2 pirštu iš po arcus cost. dexter, skausmingos, kietos konsistencijos, lygios; blužnis neapčiuopiama. Kraujo spaudimas pagal Riva-Rocci — 120. Dešiniuosiuose plaučiuose drėgni karkalai. Širdies tonai ties viršūne duslūs. Šlapimų analizė: yra kraujo, tulžies pigmentų ir baltymų; diazoreakcija neigiama; mikroskopiškai: 5—8 leukocitai, 2—3 eritrocitai, pavieniai grūdingi ir hyalininiai cilindrai. Kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą per 1 val. — 12; per 2 val. — 19. Sirgo iš viso apie mėnesį.

Gydymas: laxantia, cholagoga, dieta.

4 atsitikimas. K-ienė Ona, 46 mt., šeimininkė. 1938. I. 4 d. Serga jau trečią savaitę. Atsiradę dideli skausmai po dešiniaisiais šonkauliais, krėtęs šaltis, kelis kartus vėmusi, kelias naktis negalėjusi užmigti. Kreipusis į gydytoją, kuris konstatavęs pleuritą; besigydant žymaus pagerėjimo nebuvę. Prieš 3 dienas atsiradusi gelta. Aukšto ūgio, menkos mitybos. Visa oda ryškiai geltonos spalvos. Stipriai niežti, odoje daugybė

sukasų. T°— 38,2; tvinksnis 75 per minutę, kiek aritmiškas. Ligonė vemia, pilvas kiek išsipūtęs, skausmai lokalizuojasi dešiniojoje pilvo pusėje. Liežuvis apžėlęs, yra foetor ex ore. Kepenys išsikiša per 2 pirštu iš po arcus cost. dexter, lygios, skausmingos. Blužnis nepadidėjusi. Širdies ribos normalios, viršūnėje silpnas sistolinis ūžesys. Kraujospūdis pagal Riva-Rocci 130. Plaučiuose — po kairiąja mente drėgni karkalai. Šlapimų analizė: baltymų, kraujo, tulžies pigmentų — yra, diazoreakcija neigiama; mikroskopiškai: 15—20 leukocitų, 1—3 eritrocitai, 1—2 grūdingi cilindrai reg. lauke; daug plokščiojo epitelio, nedaug inkstų epitelio narvelių. Kraujo analizė: Hb—59%, eritrocitų — 2.940.000, index — 1, leukocitų — 9.200 (eozinofilų — 2, nepribrendusių — 4, segmentinių — 70, limfocitų — 21, monocitų — 3). Kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą: per 1 val. — 19; per 2 val. — 29.

Gydymas: cholagoga, laxantia, dieta.

1938. I. 19 d. liga komplikavosi otitis media serosa, kuris truko apie 10 d.. — Iš viso sirgo apie 6 savaites.

5 atsitikimas. B-s Albinas, 12 mt., pr. mok. mokinys. 1938. I. 11 d. Sergąs apie 10 d. Visą laiką gana gerai jautęsis, tik retkarčiais karščiavęs ir neturėjęs apetito, lovoje negulėjęs. Skleros ryškiai geltonos, oda subikteriškos spalvos. T° — 37,3; tvinksnis 69 per minutę. Liežuvis apžėlęs, pilvas kiek išsipūtęs; nedidelis skausmingumas sub arcu cost. dextro, kepenys ir blužnis neapčiuopiamos. Yra žymiai padidėjusios kirkšnių limfinės liaukos.

Gydymas: dieta, laxantia. Sirgęs dar apie 10 dienų.

6 atsitikimas. Kr-ienė Ona, 40 mt., šeimininkė. 1938. I. 12 d. Serganti geltlige 5 dienas. Prieš tai kelias dienas nesmagiai jautusis. Asteniško tipo. T°—37,2; tvinksnis 63 per minutę, aritmiškas, yra ekstra-sistolių. Skleros geltonos, oda subikteriška. Liežuvis apžėlęs; turi aiškiai pasireiškusią enteroptozę. Kepenys padidėjusios, bet neskausmingos. Širdies tonai dusloki. Kraujospūdis 140 pagal Riva - Rocci. Respiratorinis aparatas — n. yp. Šlapimų analizė: baltymų — pėdsakai, tulžies pigmentų — yra, kraujo ir cukraus — nėra; mikroskopiškai: daug plokščiojo epitelio, 4—7 leukocitai reg. lauke.

Gydymas: cholagoga, dieta. — Sirgo 2 savaites.

7 atsitikimas. Š-ytė Anelė, 10 mt., pr. mok. mokinė. 1938. II. 7 d. Jau ilgesnį laiką nesmagiai jautusis. Šįryt tėvai pastebėję akių pageltimą. Menkos mitybos, taisyklingo kūno sudėjimo. Skleros geltonos, oda subikteriškos spalvos. T° — 37,7; tvinksnis 69 per minutę. Širdies tonai švarūs; kraujospūdis pagal Riva-Rocci 105. Respiratorinis aparatas n. yp. Liežuvis apžėlęs, palatum ikteriškos spalvos. Gana dideli skausmai lokalizuojasi sub scrobiculo cordis et sub arcu cost. dextro. Pilvas išsipūtęs; kepenys ir blužnis nepadidėjusios. Šlapimų analizė: tulžies pigmentų — yra, baltymų, cukraus ir kraujo — nėra; diazoreakcija neigiama; mikroskopinė analizė: 3—4 leukocitai reg. lauke, nedaug plokščiojo epitelio. Yra žymiai padidėjusios kirkšnių ir kaklo limfinės liaukos.

Gydymas: cholagoga, laxantia. — Sirgo apie 2 savaites.

8 atsitikimas. St-iutė Ksenija, 7 mt., pr. mok. mokinė. 1938. II. 9 d. Susirgusi prieš 10 d., ūmai atsiradusi aukšta temperatura — 39,0, vėmusi, skaudėjusi galva. Trečią susirgimo dieną atsiradusi gelta. Vidutinės mitybos. Skleros ir oda ryškiai geltonos spalvos; odoje daug sukasų; nugaroje urtikarinio pobūdžio išbėrimas. T° — 37,5; tvinksnis 66 per minutę, širdies tonai lėti, neaiškūs; plaučiai patologiškai nepakitę; kraujospūdis — 100; kepenys apčiuopiamos gana didelės; skausmingumas lokalizuojasi po dešiniuoju šonkaulių lanku. Šlapimų analizė: baltymų, kraujo, tulžies pigmentų — yra, cukraus — nėra, diazoreakcija neigiama. Sirgo dar apie 3 savaites.

Gydymas: cholagoga, laxantia.

9 atsitikimas. G-a Jonas, 9 mt., pr. mok. mokinys. 1398. III. 1 d. Staiga susirgęs prieš tris dienas, vėmęs, viduriavęs, karščiavęs, skaudėjusi galva, atsiradusi gelta. T° — 37,0. Oda geltona, daugelyje vietų sukasyta; širdies tonai aiškūs, bradycardia (63 per minutę); kraujo spaudimas 90 mm. pagal Riva - Rocci; plaučiuose n. yp.; kepenys išsikiša per 1 pirštą iš po dešiniojo šonkaulių lanko, kietos konsistencijos, jų kraštas apvalus, paviršius lygus; blužnis neapčiuopiama. Yra žymiai padidėjusios kirkšnių, pažandžių ir kaklo limfinės liaukos. Šlapimų cheminė analizė: yra baltymų, kraujo, tulžies pigmentų; nėra cukraus; diazoreakcija neigiama; mikroskopiškai: pavieniai eritrocitai, 6—8 leukocitai, pavieniai inkstų epitelio narveliai reg. lauke, daug uratų. Kraujo nusėdimas: per 1 val. — 19; per 2 val. — 35. Ligos metu buvo atsiradę dideli skausmai blauzdų raumenų srityje. Sirgo apie 1 mėnesį.

10 atsitikimas. D-aitė Regina, 10 mt., pr. mok. mokinė. 1938. III. 4 d. Kelias dienas negalavusi. T° ūmai pakilusi iki 40, vėliau palengva nukritusi iki 37,7°. Tuo pačiu metu atsiradusi gelta ir skausmai duobutėje ir dešiniojoje pilvo pusėje. Skleros ir oda geltonos, kaklo limfinės liaukos padidėjusios ir skausmingos. Širdyje n. yp.; tvinksnis 60 per minutę; kraujospūdis 90 mm. Plaučiuose pavieniai drėgni karkalai; liežuvis apžėlęs, skausmas lokalizuojasi duobutėje; kepenys padidėjusios, išsikiša per 1 pirštą iš po arcus cost. dexter, palpuojant skausmingos, lygios, jų kraštas apvalus; blužnis nepadidėjusi. Šlapimų analizė: 1—2 eritrocitai, 5—7 leukocitai reg. lauke, nedaug inkstų epitelio narvelių, hyalininiai cilindrai; baltymų, kraujo, tulžies pigmentų — yra; lyg. svoris — 1.021. Kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą: per 1 val. — 11; per 2 val. — 23. Kraujo analizė: Hb — 64%, eritrocitų — 3.160.000, index — 1, leukocitų — 8.100 (eozinofilų — 1, nepribrendusių — 4, segmentinių — 70, limfocitų — 22, monocitų — 3). Ligos eigoje buvo atsiradęs stiprus vėmimas, perėjęs nuo kelių papaver. sulfur. injekcijų (0,02 pro dosi). Sirgo apie 2 savaites.

Pastarieji 4 atsitikimai buvo konstatuoti, tikrinant mokyklas — tą pačią dieną toje pačioje mokykloje.

11 atsitikimas. D-aitė Ada, 12 mt., (ligonės 10 nr. sesuo), pradž. mok. mokinė. 1938. III. 6 d. Serganti jau antrą dieną, vaikščiojanti. Kelis kartus vėmusi. T° — 37,2. Aiški sklerų ir odos gelta. Kepenys ir blužnis nepadidėjusios ir neskausmingos. Palpuojant pilvą, skausmingų vietų ir gumbų nerasta. Yra urtikarinio pobūdžio išbėrimas ant nugaros ir krūtinės. Kirkšnių ir kaklo limfinės liaukos padidėjusios. Šiaip savijauta visai gera.

12 atsitikimas. S-aitė Petronė, 8 mt., pr. mok. mokinė. 1938. III. 6 d. Serga apie 5 dienas. T° — 37, 2. Tvinksnis 69 per minutę. Skleros geltonos, spalva subikteriška tik veido ir krūtinės odos. Kepenys ir blužnis skausmingos, bet neapčiuopiamos. Liežuvis apžėlęs. Nesijaučia serganti.

13 atsitikimas. S-aitė Ona, 9 mt., (ligonės 12 nr. sesuo), pradž. mok. mokinė. 1938. III. 6 d. Serga tik nuo vakar. Skleros geltonos, oda švari. Kepenys nepadidėjusios, tačiau palpuojant kiek skausmingos. Blužnis neapčiuopiama. Vieną kartą vėmė. Žymiai padidėjusios kirkšnių ir kaklo limfinės liaukos.

14 atsitikimas. M-ius Sigitas, 8 mt., (ligonio 2 nr. brolis), pradž. mok. mokinys. Serga apie savaitę. Skausmų nejaučiąs ir valgąs viską. T° — 37,3. Skleros ir oda ikteriškos spalvos. Oda daugelyje vietų sukasyta. Kepenys ir blužnis neskausmingos ir nepadidėjusios. Kirkšnių limfinės liaukos padidėjusios.

Antroji epidemija prasidėjo 1940 metų balandžio mėnesį.

15 atsitikimas. N-aitė Birutė, 11 mt., pr. mok. mokinė. 1940. IV. 1 d. Susirgusi prieš 5 dienas, karščiavusi, viduriavusi, skaudėjusi galva. Prieš 2 d. tėvai pastebėję geltą. T° — 37,8; tvinksnis 66 per minutę. Oda ir skleros intensyviai geltonos spalvos. Yra herpes labialis. Širdies tonai ties viršūne duslūs; kraujospūdis pagal Riva-Rocci 120. Respiratorinis aparatas n. yp. Kepenys padidėjusios, išsikiša iš po arcus cost. dexter per 2 pirštu, kietokos, yra nedidelis défense musculaire dešiniojoje pilvo pusėje; palpuojant kepenys skausmingos; blužnis nepadidėjusi. Palpuojant yra gana didelis skausmingumas sub scrobiculo cordis. Šlapimų analizė: lygin. svoris — 1.024; baltymų, kraujo, tulžies pigmentų — yra: cukraus — nėra; diazoreakcija neigiama; mikroskopinė analizė: 2—6 eritrocitai, 10—15 leukocitų reg. lauke, plokščiojo epitelio vidutinis kiekis, pavieniai hyalininiai cilindrai ir 2—3 grūdingi cilindrai reg. lauke. Kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą: per 1 val. — 29; per 2 val. — 38. Sirgo apie 4 savaites.

16 atsitikimas. E-čius Kęstutis, 8 mt., pr. mok. mokinys. 1940. IV. 2 d. Susirgo prieš savaitę. Nedaug karščiavęs, 2 kartu vėmęs, skaudėjusi galva, bėgęs kraujas iš nosies. T°—37,4. Tvinksnis 69 per minutę. Oda, skleros ir palatum durum gleivinė — geltonos spalvos. Kraujospūdis 115 pagal RR. Širdyje ir plaučiuose n. yp. Yra skausmingumas palpuojant po arcus cost. dexter et. sin.; kepenys kiek padidėjusios; blužnis neapčiuopiama. Liežuvis apžėlęs, foetor ex ore, herpes labialis. Pilvas truputį išsipūtęs. Yra žymiai padidėjusios kirkšnių ir kaklo limfinės liaukos Šlapimai: spalva — tamsiai ruda, lygin. svoris — 1.025; kraujo, baltymų, tulžies pigmentų — yra; cukraus — nėra; diazoreakcija neigiama; mikroskopiškai: 1—2 eritrocitai, 4—6 leukocitai regėjimo lauke, pavieniai hyalininiai cilindrai, vidutinis uratų kiekis. Kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą: per 1 val. — 15; per 2 val. — 21. Sirgo apie 10 dienų.

17 atsitikimas. Dž-aitė Ona, 29 mt., darbininkė. 1940. IV. 20 d. Serganti apie savaitę, skaudėjusi galva, vėmusi, karščiavusi. 2 dienos, kaip atsiradusi gelta. Vidutinio ūgio, geros mitybos; dešiniojoje kojoje stipriai išsiplėtę varices venarum. Skleros ir visa oda ryškiai geltonos spalvos, nudažymo intensyvumas įvairiose kūno vietose nelygus. Plaučiai ir širdis — n. yp. T° —37,5; tvinksnis 75; kraujospūdis 130. Liežuvis apžėlęs, foetor ex ore; žymus skausmingumas palpuojant sub scrobiculo cordis, kepenys padidėjusios (2 pirštu žemiau deš. šonkaulių lanko); žymus jautrumas spaudžiant tulžies pūslės sritį; toje vietoje yra défense musculaire. Blužnis nepadidėjusi. Šlapimų analizė: lygin. svoris 1.022; baltymų, tulžies pigmentų, kraujo — yra; cukraus — nėra; mikroskopinis tyrimas: 3—4 eritrocitai, 12—15 leukocitų, pavieniai inkstų epitelio narveliai, 1—2 grūdingi cilindrai reg. lauke, daug plokščiojo epitelio narvelių ir gana didelis uratų kiekis. Sirgo apie 3 savaites.

18 atsitikimas. L-auskas Jonas, 9 mt., pr. mok. mokinys. 1940. IV. 29 d. Vakar tėvai pastebėję pas ligonį geltą. Prieš tai kelias dienas viduriavęs ir skundęsis skausmais duobikėje. T° — 37,4; tvinksnis 72; vidutinio intensyvumo visos odos ir sklerų geltonas nudažymas; odoje yra gausios ekskoriacijos, nugaroje ir rankose yra urtikarinio pobūdžio išbėrimas. Širdyje ir plaučiuose — n. yp.; kepenys padidėjusios, kietokos konsistencijos, jautrios; blužnis nepadidėjusi; yra padidėjusios kirkšnių, kaklo ir pažandžių limfinės liaukos. Šlapimų analizė: lygin. svoris — 1.018; baltymų, kraujo, tulžies pigmentų — yra, cukraus — nėra, diazoreakcija neigiama; mikroskopiškai: 1—2 eritrocitai, 3—4 leukocitai reg. lauke, gana daug uratų. Ligonis sirgo apie 2 savaites.

Vėliau, aplankius ligonį, teko pastebėti, kad geltlige serga dar 2 jo seserys:

19 atsitikimas. L-auskaitė Ona, 5 mt. 1940. V. 5 d. Serga nuo vakar dienos. Skleros ryškiai geltonos, oda subikteriškos spalvos, t° — 37,4; tvinksnis — 72. Širdyje ir plaučiuose — n. yp. Palpuojant yra skausmingumas po arcus cost. dexter, bet kepenys nepadidėjusios, taip pat ir blužnis; yra herpes labialis, kirkšnių limfinės liaukos padidėjusios.

20 atsitikimas. L-auskaitė Marė, 10 mt., pr. mok. mokinė. 1940. V. 5 d. Geltą tėvai pastebėję nuo vakar dienos. Jau anksčiau išmatos buvusios bespalvės ir šlapimai tamsūs. Skleros ryškiai geltonos, oda subikteriška, yra žymus herpes labialis, t° — 37,8; tvinksnis — 81; plaučiuose ir širdyje — n. yp.; pilvas kiek išsipūtęs; kepenys padidėjusios ir skausmingos.

Visi 3 ligoniai sirgo apie 2 savaites.

Būdinga, kad, 8 mėnesiams praėjus, apsirgo dar 2 tos pačios šeimos nariai, anksčiau epideminiu hetatitu nesirgę.

21. atsitikimas. Z-aitė Albina, 13 mt., pr. mok. mokinė. 1940. XII. 25 d. Visą savaitę skundžiusis skausmais duobikėje ir viduriavusi. Prieš 2 dienas atsiradusi gelta. Skleros ir oda intensyviai geltonos spalvos, yra daug ekskoriacijų. Žymiai padidėjusios kirkšnių limfinės liaukos. Plaučiai ir širdis — n. yp. Kepenys išsikiša per 1 pirštą iš po arcus cost. Didelis skausmingumas palpuojant duobikėje ir po dešiniuoju šonkaulių lanku. Liežuvis apžėlęs, yra herpes labialis. T° — 37,3; tvinksnis 75. Kraujospūdis pagal RR 125. Šlapimų analizė: lygin. svoris — 1.025; baltymų, kraujo ir tulžies pigmentų — yra; cukraus — nėra; diazoreakcija neigiama; mikroskopiškai: 2—3 eritrocitai, 10—12 leukocitų, pavieniai inkstų epitelio narveliai ir grūdingi cilindrai reg. lauke; daug plokščiojo epitelio; vidutinis uratų kiekis. Kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą: per 1 val. — 36; per 2 val. — 43. Kraujo analizė: Hb — 73%, eritrocitų — 3.580.000, index —1, leukocitų — 8.100, (eozinofilų — 2, nepribrendusių — 5, segmentinių — 70, limfocitų — 21, monocitų — 2). Serologiškas tyrimas — bac. typhi abdominalis, bac. paratyphi A, B ir C ir bac. proteus X_{19} — nerasta. (Valst. Hig. inst. raštas 38459 nr.). Sirgo apie 10 dienų.

22 atsitikimas. L-aitė Janina, 2 mt. 1940. XII. 26 d. Tėvai pastebėję, kad išmatos šviesios, o šlapimai — tamsūs. Skleros geltonos, oda švari. T° — 38,2; tvinksnis — 90; plaučiuose ir širdyje — n. yp.; yra herpes labialis haemorrhagica. Pilvas kiek išsipūtęs; kepenys neapčiuopiamos. Šlapimų analizė: lygin. svoris — 1.024, baltymų, kraujo, tulžies pigmentų — yra, cukraus — nėra, diazoreakcija neigiama; mikroskopinė analizė: 1—2 eritrocitai, 15—20 leukocitų, 1—2 grūdingi cilindrai reg. lauke, daug uratų; kraujo nusėdimas pagal Westergreen'ą: per 1 val. — 21; per 2 val. — 34. Sirgo apie 2 savaites.

Šito susirgimo inkubacinis periodas, pasak Gluchov'o, trunkąs 1—2 savaites; v. Bormann laiko jį ilgesniu: 1—8 savaitės ir kartais dar ilgiau. Prodrominis periodas — nuo pirmųjų liguistų reiškinių iki geltos pasirodymo — mūsų stebėjimu trunka 3, retkarčiais 4—5 dienas. Didelių temperatūros pakilimų neteko stebėti, dažniausiai temperatūra likdavo subfebrilė. Kai kurių autorių stebėjimais, geltai atsiradus, temperatūra krinta. Visais mūsų atsitikimais, geltai atsiradus, tempera-

tūra liko subfebrilė (37,3°—37,7°) ir tokia buvo dar apie 5—8 dienas. Daugeliu atvejų inkubacinis ir prodrominis periodai praėjo nei pačių ligonių nei jų artimųjų nepastebėti, ir pirmas simptomas, atkreipęs dėmesį, buvo gelta. Dažnai gelta būdavo gana intensyvi, lydima stipraus niežėjimo (ir sąsyjyje su tuo ekskoriacijų). Kelis kartus teko stebėti urtikarinio pobūdžio išbėrimas nugaroje, krūtinėje ir rankose. Keliais atvejais buvo herpes labialis haemorrhagica. Obstipacijos nebuvo nei vienu atsitikimu, bet visi atsitikimai buvo lydimi viduriavimo ir žymi dalis — vėmimo (dažniausiai vienkartinio). Kepenys daugeliu atvejų buvo padidėjusios, taip pat buvo nedidelio nefrito reiškinių. Kelis kartus teko konstatuoti limfadenitas (kirkšnių) ir dviem atvejais — polyadenitas. Centrinės nervų sistemos depresijos, žymios bradikardijos, kraujoplūdžių ir myalgijų neteko stebėti. Taip pat nei vieno karto neteko stebėti ksantopsijos. Iš viso galima abejoti šito simptomo tikrumu. Kaip teisingai nurodo Eppinger, šitas simptomas velkasi iš vieno vadovo į kitą, bet gyvenime stebėti jo netenka. Pažymėsime, kad infekcinis pradas toje pačioje šeimoje persiduoda nuo ligonio sveikiesiems. Švager aprašė 20 epideminio hepatito atsitikimų, kur sirgo keli tos pačios šeimos nariai. Mes tokių atsitikimų turėjome —4. Iš retesnių mūsų stebėtų komplikacijų nurodysime otitis media. Jas yra aprašę Švager ir Dunin.

Nors daugelyje vadovų (ypač naujesnių) galima rasti pažymėta, kad į icterus catarrhalis reikia žiūrėti, kaip į infekcinės kilmės hepatitą, tačiau icterus catarrhalis ir epideminis hepatitas toli gražu nėra tat pat. Aptardami mūsų aukščiau aprašytuosius atsitikimus, mes sąmoningai kalbame apie hepatitą, o ne apie icterus'ą, ir vartojame hepatitis epidemica, o ne icterus catarrhalis sąvoką, nes iš tikrųjų icterus catarrhalis ir patologiniu, ir klininiu, ir etiologiniu atžvilgiais nesudaro aiškios, griežtos, mediciniška prasme apibrėžtos sąvokos; iš tikrųjų icterus catarrhalis yra ekskliuzyvinė sąvoka, paremta tik neigiamais simptomais. Eppinger nurodo, kad mes nustatome icterus catarrhalis diagnozę, iš dalies pasirėmę neigiamais simptomais, iš dalies — anamneze. Jei mes galime ekskliuduoti mechanišką ir ypač hemolitinį icterus'ą, jei susirgimo pagrinde nėra sunkaus, destruktyvaus kepenų susirgimo (tumor, cirrhosis), jei mes galime atmesti infekcijos arba specifinės intoksikacijos (fosforas, arsenikas) galimumą, tai tik tada mums nebelieka nieko kito, kaip tik diagnozuoti icterus catarrhalis. Todėl būtų tikslinga atsisakyti nuo klaidinančios icterus sąvokos ir pereiti prie logiškos hepatito (epideminio) sąvokos.

Nors faktas, kad hepatitas pasitaiko epidemijų forma, yra žinomas, pasak v. Bormann'o ir Henning'o apie 200

metų, vis delto epideminio hepatito etiologijos klausimas dar nėra visai konkretizuotas. Del šito susirgimo kontagioziškumo abejojimų nelieka; faktas, kad trumpu palyginti laiku aprėžtame plote apsirgo ta pačia liga gana didelis asmenų skaičius, pakankamai tat įrodo. Epideminis hepatitas yra pirminis susirgimas, atsiradęs, kaip jo sukėlėjo invazijos į žmogaus organizmą išdava. Daugeliui autorių ilgai tyrinėjant buvo rasta streptococcus, staphylococcus aureus et albus, proteus fluorescens, bacillus incapsulatus icterogenes, bacillus coli, bacillus dysenteriae, bacillus paratyphi A ir B, atipiškos paratifo lazdelės (C, D ir N) ir spirochaeta icterohaemorrhagica. Dažniausiai randamos paratifo lazdelės ir spirochetos. Taigi, bakteriologiškas epideminio hepatito tyrimas yra perėjęs ilgą kelią, pradedant paprastų strepto-stafilokokų konstatavimu ir baigiant paratifo lazdelių ir spirochetų radimu.

Del ikterohemoraginės spirochetos etiologinio vaidmens tam tikrų epidemijų metu nelieka abejojimų; tačiau turime pažymėti, kad salvarsanas, kuris visiškai save pateisino, panaudotas sifilinei ir sągrąžinei spirochetozėms gydyti, pasirodė neturįs patenkinamo veikimo, gydant ikterohemoraginę spirochetozę. Tas faktas davė kai kuriems autoriams progą suabejoti ikterohemoraginės spirochetos specifiškumu.

Tiriant daugelio kitų hepatito epidemijų metu, spirochetų nebuvo rasta, o buvo rastos paratifo lazdelės. Kada epideminis hepatitas atsiranda betarpiškai po paratifo arba paratifu sergant, kada spirochetų nerandama, o bakteriologiškas ir serologiškas tyrimas rodo paratifinių lazdelių buvimą, mes turime teisę sieti hepatito etiologiją su šituo mikrobu ir pripažinti jam etiologinio veiksnio vaidmenį.

Taip pat yra žinomi atsitikimai, kur ikterospirochetozė kombinavosi su tifinių arba paratifinių lazdelių invazija. Abudu mikroorganizmai vaidina etiologinį vaidmenį ir sporadiškais ir epideminiais hepatito atsitikimais. Pripažindami juos epideminio hepatito sukėlėjais bakteriologiška prasme, mes turėtume sutikti, kad yra tik dvi epideminio hepatito formos — ikterohermoraginė spirochetozė ir paratifinė forma.

Tačiau yra daug literatūroje aprašytų atsitikimų, kur nebuvo rasta nei paratifinių lazdelių nei spirochetų, o buvo rasta stafilokokų ir streptokokų.

Pagal Sanarelli'o teoriją spirochaeta icterohaemorragica pati savaime nesugebanti susargdinti žmogaus organizmo; ji tik sensibilizuojanti organizmą ir padedanti įsigalėti sekundarinei infekcijai — streptokokams ir stafilokokams; sekundarinės infekcijos nesant, spirochetozė organizmui nekenkianti; spirochetų veikimas esąs tik pirogeniškas, o ne toksikogeniškas, vadinasi, nespecifiškas.

Visiems šitiems atradimams ir teorijoms, kaip nurodo v. B o r m a n n, galime priešpastatyti daugybę atsitikimų, kur bakteriologiškai tiriant nieko nebuvo rasta. Šitas negalėjimas rasti sukėlėjo duoda progą daugeliui autorių tvirtinti, kad, be minėtų etiologinių veiksnių, yra dar vienas, mūsų tyrinėjimo priemonių pagelba neįžiūrimas sukėlėjas, kitaip sakant, virus. Šitas virus persiduodąs ne oraliniu keliu, bet per „lašų infekciją“. Ypatingai būdingi šita prasme yra F i n d l a y'o aprašyti du atsitikimai: pirmas — kur epideminis hepatitas buvo perneštas per sterilų žmogaus (tymų rekonvalescento) serumą, ir antras — kur buvo užsikrėtęs gydytojas, pats vienas tyrinėjęs laboratorijoje sergančio hepatitu ligonio serumą. Tat pat įrodo ir R u g e nustatytas aukštas morbiditetas hepatito epidemijų metu vokiečių kariuomenės gydytojų tarpe — 13,32% prieš 3,59% kitų karių tarpe.

Tuo būdu, kaip matome, daug yra epideminio hepatito etiologinių veiksnių. Tačiau, svarstant epideminio hepatito etiologiją, kaip tik tų veiksnių nustatymas nėra pirmaeilės reikšmės. Epideminis hepatitas, kaip ir kiekviena infekcinė liga, reikia traktuoti, kaip kovos, vykstančios tarp makroorganizmo ir į jį įsiskverbusių mikroorganizmų, simptomų kompleksas. Susirgimo priežastimi visose infekcinėse ligose yra laikomas mikroorganizmas, net ir ten, kur jis iki šiol dar nėra surastas. Tačiau dabar jau mes nebestovime ant ankstybesnės etiologiškų tyrimų eros monoetiologiško pagrindo. Sukėlėjas yra pagrindinė ir būtina (obligatorinė) kiekvienos infekcinės ligos priežastis. Bet svarbūs yra ir antraeiliai, pagelbiniai momentai, kurių dėka įvyksta sukėlėjo invazija — infekcija ir atsiranda infekcinė liga. Šitie momentai, laikomi antraeiliais, veikia mažindami užkrėstojo organizmo atsparumą. Jiems priklauso paveldėjimo keliu perduoti konstituciniai momentai (konstitucijos anomalijos, diskrazijos), ilgalaikis chroniškas pajėgumo sumažėjimas (nusilpimas po persirgtos kitos ligos, psichinis ir fizinis persidirbimas, nėštumas, chroniškos intoksikacijos) ir staigūs veiksniai, ūmai sumažiną organizmo atsparumą (nušalimas ir t. t.). Vadinasi, esant bet kuriai infekcinei ligai, turima reikalo su priežastimis, kurių viena (sukėlėjas) yra specifiška ir būtina, o kitos yra nebūtinos ir nespecifiškos, tačiau, pakeisdamos jėgų santykį tarp ligos sukėlėjo ir makroorganizmo pastarojo nenaudai, yra labai svarbios ir reikšmingos. Kaip tik sergant infekcinėmis kepenų ligomis, šitie antraeiliai momentai yra dar svarbesni už obligatorinę priežastį — infekcinės kepenų ligos sukėlėją.

Toliau, stebint visą kepenų, kaip organo, veikimą, reikia stebėtis jų atsparumu, žymiai pranešančiu kitų žmogaus kūno organų atsparumą. Kepenys yra didžiausias žmogaus kūno

organas: jos užima centrinę padėtį anlgiavandenių, riebalų ir baltymų apytakoje; jos kontroliuoja kraujo apytaką ir ne tik mechaniniu, bet ir cheminiu atžvilgiu; kepenys veikia dezintoksikuodamos; nuo kepenų pareina vandens apykaita; jos išskiria svarbius sekretus ir inkretus ir turi dar daugiau neištirtų funkcijų. Tačiau paklausus, ar, kepenims susirgus, šitos milžiniškos reikšmės funkcijos sutrinka, turime atsakyti neigiamai: tik vykstant sunkiausiems kepenų inflamacijos ir degeneracijos procesams, pvz., ūminei kepenų atrofijai, tenka stebėti kepenų funkcijų iškritimas. Ir, antra vertus, tenka stebėti, kaip kepenys, išlaikiusios tik nedidelę savo parenchimos dalį (pvz., cirrhosis hepatis metu), vis delto ilgą laiką sugeba išlaikyti savo funkcijas aukštumoje, nes priešingu atveju (kepenų funkcijai greit ir lengvai sutrikus) tektų dar dažniau matyti šito svarbaus gyvybei organo sutrikimai.

Žinome dėsnį, kad juo didesnis yra mikroorganizmo patogeniškumas, juo mažiau reikšmės turi antraeiliai, pagelbiniai momentai (pvz., sergant maru); o esant nedidelio patogeniškumo bakterijoms, antraeiliai — pagelbiniai momentai įgyja didesnės reikšmės, pvz., nušalimas, esant gripo bacilų arba pneumokokų sukeltai pneumonijai. Tačiau šitas dėsnis netinka infekcinėms kepenų ligoms, kadangi kepenų atsparumas yra toks didelis, kad ir sunkios infekcijos sukelti hepatitai praeina palyginti labai lengvai, kaip tat kiekvienam gydytojui teko stebėti, jeigu tik anksčiau kepenys nebuvo kurio nors antraeilio momento sužalotos. Ir, antra vertus, esant jau anksčiau nusilpnėjusioms kepenims (nėštumas, intoksikacija, alkoholizmas), net lengva infekcija gali smarkiai jas paveikti ir duoti ūminės kepenų atrofijos vaizdą. Tuo būdu, dažniausiai lengva epideminio hepatito eiga dar neduoda galimumo spręsti apie jo sukėlėjo mažą virulenciją; dažnai lengvas decursus morbi pareina ne tiek nuo mažos sukėlėjo virulencijos, kiek nuo didelio kepenų atsparumo ir nuo jų ypatingų regeneracijos savybių. Iš to išvada yra ta, kad prognozės atžvilgiu svarbu yra išaiškinti ne tiek etiologinis veiksnys, kiek kepenų atsparumo klausimas; ir todėl prognoziniu atžvilgiu etiologijos klausimas nėra labai svarbus; svarbus jis lieka epidemiologine prasme.

Sergant hepatitu, etiologinės aplinkybės, pasak E p p i n g e r'o, esančios tokios pat, kaip, pvz., sergant pneumonija, kur tas pats kliniškas vaizdas gali būti sukeltas įvairių etiologinių veiksnių ir priežasčių (pneumokokų, Fridlenderio bacilų, tbc. lazdelyčių, gripo mikrobų, infarkto ir t. t.). Tačiau, kai pneumonijos įvairių formų separacijos prasme yra padaryta didelė pažanga, tai hepatito atžvilgiu to negalima pasakyti. Čia padėtį komplikuoja ir etiologijos aiškumą užtemdo faktas, kad

kepenys yra milžiniškas filtras, kuris suima į save žarnų rezorbuotas substancijas ir jas dezintoksikuoja; todėl kepenys yra pirmiausia priešpastatytos visokiems toksiškiems veiksniams ir, vykstant įvairiems patologiškiems procesams, greta infekcinių priežasčių, labai svarbų vaidmenį vaidina ir padeda infekcijai toliau žengti nebakterinės kilmės, savaimingai žarnose atsiradę, toksinai.

Turime dar pabrėžti artimą sąsyjį tarp kepenų ir daugelio kitų organų susirgimų. Naujieji tyrimai kepenų ir su jomis koreliacijoje esančių organų ir organų sistemų srityje rodo mums, kad, greta tipiškų kepenų ligų, yra dar kitokių patologiškų vaizdų, kurie, paviršutiniškai pažvelgus, atrodo tik kepenų funkcijos sutrikimai, tačiau akyliau ištyrus, pasirodo daug komplikuotesni. Del savo ypatingos struktūros ir indų gausumo (tulžies kapiliarai, limfos kapiliarai, arterijų, venų ir vena portae šakos) kepenys palaiko artimą kontaktą su daugeliu organų. Tiesioginį vaskuliarinį ir funkcinį sąsyjį palaiko kepenys su žarnynu, blužnimi ir kasa. Hormoninę įtaką jos turi antinkstinėms liaukoms. Apie sąsyjį su centrine nervų sistema kalba paskutiniu laiku vis aiškiau akcentuojamas kepenų funkcijos sutrikimas, esant tam tikroms smegenų ligoms (Wilson'o liga ir kt.). Glaudus sąsyjis su blužnimi remiasi taip pat Kupfer'io žvaigždėtaisiais narveliais, sudarančiais retikulio-endotelinės sistemos dalį. Šitas kepenų sąsyjis su kitais organais, esant organizmui sveikam, pasilieka fiziologinėse ribose; tačiau kepenims susirgus, uždeda būdingą antspaudą ant kitų organų, ir diagnoziniu atžvilgiu su tuo reikia skaitytis. Todėl epideminis hepatitas, kaip ir kiti infekciniai kepenų susirgimai, reikia traktuoti ne kaip vien kepenų susirgimas, bet kaip visos sistemos arba net viso organizmo susirgimas. Tuo būdu mes atsisakysime nuo išimtinės monoorganopatologinės pažiūros, kuri yra linkusi viso organizmo sutrikimo reiškinius paversti vieno organo sutrikimu. Pripažindami, kad epideminis hepatitas yra ne tik kepenų parenchimos susirgimas, bet visos sistemos sutrikimas, mes prieisime prie teisingo, — polyorganopatologinio, — šitos ligos traktavimo. K o n č a l o v s k i j traktuoja epideminį hepatitą, kaip infekcijos lokalizaciją kepenyse (ligos antrąją fazę), tuo tarpu, kai pirmosios fazės metu mikroorganizmai cirkuliuoja kraujyje. Taigi, pirminį hepatitą apibūdina iš pradžių bendrinė infekcija, o paskui mikroorganizmų invazija į kepenis ir kepenų reakcija į šitą invaziją.

Toliau turime pažymėti, kad nėra lengva diferencijuoti, pravesti griežtos ir aiškios ribos tarp katarinės geltligės, epideminio hepatito ir Veil'io ligos. Jau B o t k i n manė, kad katarinė geltligė ir epideminis hepatitas yra tas pats susirgi-

mas. Vėliau prie tos nuomonės prisidėjo ir F r e u n d, jungęs Veil'io ligą su infekcinėmis geltligėmis. S e r e b r e n n i k o v ir Š e i n i n, aprašę hepatito epidemijas, kurių metu jie stebėję kelis ūminės kepenų atrofijos atsitikimus, mato artimą sąsyjį tarp pastarųjų susirgimų. Infekcinių geltligių epidemijų metu pagausėja ūminės kepenų atrofijos atsitikimų skaičius. E p p i n g e r nurodo, kad ūminės kepenų atrofijos pradinė stadija esanti lydima tokių pačių reiškinių, kaip kad nekalto pobūdžio katarinė geltligė, todėl kiekvienas, ypač sunkesnės formos, katarinės geltligės atsitikimas yra traktuotinas, kaip atrophia hepatis en miniature. v. B o r m a n n pažymi, kad kliniški patologo-anatomiški ir epidemiologiški duomenys leidžia neabejotinai spręsti, jog daug ūminės kepenų atrofijos atsitikimų yre ne kas kita, kaip sunkios formos epideminio hepatito atsitikimai. G l u c h o v aiškiai pabrėžia, kad katarinė geltligė, epideminis hepatitas, Veil'io liga ir ūminė kepenų atrofija yra tos pačios infekcijos sukelto susirgimo nelygaus sunkumo formos. Visos tos formos buvo stebėtos tos pačios epidemijos metu, net pas tos pačios šeimos narius. Todėl pravesti aiškios ribos tarp atskirų katarinės geltligės, epideminio hepatito ir Veil'io ligos atsitikimų, kurių kiekvienas gali baigtis ūmine kepenų atrofija, kartais yra visiškai neįmanoma.

Tokį kepenų atsparumo sumažėjimą, kuris sudaro patogias sąlygas infekcijai plisti ir epideminiam hepatitui atsirasti, aprašė W o l f f, pavadinęs jį h e p a t o p a t h i a l a t e n s s. l a r v a t a. Šita liga esanti dažnesnė, negu atrodo. Serga daugiausia vaikai, kurie atgabenami pas gydytoją del apetito stokos, ledakos, vidurių išputimo, nerviškumo, galvos skaudėjimo. Ištyrus tokius kartais labai menkos mitybos vaikus, randama padidėjusios, kai kada net kietokos konsistencijos kepenys; šlapimuose randama bilirubinas ir urobilinas; tat rodo kepenų parenchimą esant sužalotą. W o l f f vadina tokį kepenų parenchimos sužalojimą hepatito „vorstadium" (tiksliau ir teisingiau būtų jis laikyti pagrindu, ant kurio gali išsivystyti hepatitas) ir pažymi, kad hepatito galima išvengti, panaudojus turtingą angliavandeniais dietą ir dekstropurą, kartais ir nedidelius insulino kiekius.

Epideminio hepatito **gydymas:** gulėjimas lovoje, dieta, cholagoga, vidurių sureguliavimas. Esant sunkesniems atsitikimams, vartotina A l l a r d'o pasiūlytoji dvylikapirštės žarnos instiliacija su 300 ccm. pašildyto 15—20% magnezijos sulfato skiedinio. B o a s siūlo vadinamąjį „parafino smūgį", būtent, ligonis gauna 3 kartus per dieną po 2—3 šaukštus parafinum liquid. puriss. Prie 500 gr. pridedama, kaip skonio corrigens, 20—30 lašų oleum menthae piper.. Tais atvejais, kai

ligoniai nenoriai geria parafiną, patartina jis sumaišyti su 200 gr. šilto pieno. Susidariusioji emulsija yra visų ligonių noriai geriama ir gerai pakeliama. Parafino veikimas pasireiškia 4—6 neskausmingais išsituštinimais. Po to, ligonio stovis greit pagerėja. Daugelis autorių siūlo šiltas aplikacijas. B o a s, priešingai, esant inflamaciniams kepenų susirgimams, pataria ledo pūslę. Prie to viso pažymėsime, kad epideminiu hepatitu sergančių dauguma perserga labai lengvai ir dažnai iš viso be jokios terapijos. Tai, žinoma, nėra taikytina visiems epideminio hepatito atsitikimams.

Literatūra.

1. Б а р ы к и н В.: К характеристике заразной желтухи. „Врачебное Дело", 1926. 16-20. m.
2. B o a s: Zwei wichtige Heilmittel in der Behandlung der Cholecystopathien u. Hepatopathien. „Ars Medici". 1937 m. 342 psl.
3. V. B o r m a n n: Die epidemische Hepatitis — eine Militär-Krankheit. „Med. Kl.". 1940 m. 10 nr.
4. Б о т к и н С.: „Клинические лекции", 1888.
5. W o l f f: Hepatopathien im Kindesalter. „Klin. Wschrft" 1937 m. 16 nr.
6. Г л у х о в К.: „Инфекционная желтуха". 1937.
7. E p p i n g e r u. W a l z e l: Die Krankheiten der Leber mit Einschluss der hepatolienalen Affektionen".
8. H e n n i n g: Ueber epidemischen Ikterus .
9. J a c o b y: Zur Differentialdiagnostik der Ikteruskrankheit. „D. m. W" 1928 m. 1513 psl.
10. К о н ч а л о в с к и й: Инфекционная желтуха. „Большая медицинская энпиклопедия".
11. Л о м о в и ц к и й: Эпидемия желтухи в Томске. „Русский врач. 1906 m. 3 nr.
12. P r i b r a m: „Einführung in die Theorie und Praxis der Therapie inneren Krankheiten. Wien — Bratislawa. 1925.
13. Р о з е н б е р г. П.: „Курс инфекционных болезней." 1937.
14. Серебренников И.: „Об острой желтой атрофии печени. 1910.
15. Ш в а г е р Р.: „Педиатрия", VIII t.
16. Ч е р н о р у ц к и й: „Диагностика внутренних болезней".

К вопросу об этиопатогенезе эпидемического гепатита.

Автор описывает две небольшие эпидемии гепатита, имевшие место в 1939 и 1940 годах в Бартининкайской и Пайевонисской волостях Вилкавишкисского уезда. Автор приходит к следующим выводам: возбудителем эпидемического гепатита являются многочисленные факторы. В этом смысле эпидемический гепатит совершенно аналогичен с пневмонией; легкое течение болезни не дает возможности судить о слабой вирулентности возбудителя, ибо оно об'ясняется не слабой вирулентностью возбудителя, а превосходными восстановительными способностями печени; эпидемический гепатит должен рассматриваться не только с полиэтиологической, но и с полиорганопатологической точки зрения.

Autoreferat.

Es werden zwei kleine Hepatitis-Epidemien beschrieben, die in den Jahren 1938 und 1940 in den Bezirken Bartininkai und Pajevonys des Kreises Vilkaviškis stattfanden. Der Verfasser kommt zum folgenden Schluss: als Erreger der epidemischen Hepatitis gelten verschiedene Erkrankungsursachen; in dieser Hinsicht hat die epidemische Hepatitis

eine gänzliche Analogie mit der Pneumonie; der leichte Krankheitsverlauf gibt keine Möglichkeit über die kleine Virulenz des Erregers zu beurteiln, denn er wird nicht durch die schwache Virulenz des Erregers, sondern durch die ausgezeichnete Regenerationsfähigkeit der Leber erklärt; die epidemische Hepatitis dürfte nicht nur von dem polyätiologischen, sondern auch vom polyorganopathologischen Standpunkte aus betrachtet werden.

D-ras Tadas Novakas.

Meningitis epidemica ir meningitis streptococcica medikamentinis gydymas.

1939 metais aš buvau pranešęs (4,6) apie labai sėkmingus padarinius, gydant meningitis epidemica atsitikimus sulfanilamidu, o ypačiai antistreptina („Geo" fabrikas Varšuvoje).

Tame pranešime aš buvau pabrėžęs, kad cerebro-spinalinio skysčio nuleidimas yra, tiesą pasakius, jei kalbama apie gydomąją įtaką, nereikalingas, o reikia pastebėti, kad kai kuriais atsitikimais jis yra net žalingas. Čia turima galvoje tie meningitis epidemica atsitikimai, kuriais plexus chorioideus yra paliestas žymių pakitimų gausių metastazinių židinių pavidalu (3, 6, 7, 8 ir 9). Taigi, šitokiais atsitikimais, del rezginių išskiriamosios dalies sunaikinimo, cerebro-spinalinio skysčio išskyrimas būna sumažėjęs, del ko smegenų skilvelių turinys sutirštėja ir tuo būdu gaunamas stovis, vadinamas pyocephalus, kuris, kaip tat jau yra įrodęs seniau Lewkowicz, žymiai pasunkina, o kartais visiškai sukliudo specifinio serumo gydomąjį veikimą, ką taip pat galėjau patvirtinti meningitis epidemica atsitikimais, gydomais sulfanilamidu (4,5). Todėl norėdamas išvengti tokios komplikacijos susidarymo, o kartu įrodyti, kad cerebro-spinalinio skysčio nuleidimas yra nereikalingas išgijimui pasiekti, nusistačiau ateityje atlikinėti gydymą sulfanilamidu, nenuleisdamas cerebro-spinalinio skysčio.

Prieš prasidedant karui, pavyko man pritaikyti toks gydymas tiktai vienu atsitikimu. Turiu galvoje 20 mėn. berniuką, kuriam, konstatavęs visus meningitis epidemica reiškinius, padariau punctio cerebro-spinalis ir nuleidau tiktai 6 ccm skysčio, kad galėčiau atlikti būtiniausius tyrimus. Skystis rodė visas smegenų apdangalų uždegimo žymes. Skysčio nuosėdose rasta gana daug gram-neigiamų, morfologiškai meningokokams atitinkamų, antkryčių. Jie buvo randami dažniausiai kūnelių išorėje ir buvo gerai išsilaikę. Del to įsakiau tėvams duoti berniukui per 3 dienas po $^1/_2$ tabletės kas 4 val., t. y. 3 tabletes per parą, antistreptinos (=0,9 sulfanilamido). Ketvirtą gydymo dieną tėvai pranešė man, kad vaikas jau nebekarščiuoja, šypsosi, turi gerą apetitą, kad trečią gydymo dieną net buvo atsisėdęs. Todėl sumažinau vaistų davinį ligi

2 tablečių (po pusę tabletės 4 kartus per dieną); naktį visai nebeduota vaistų. Aštuntą gydymo dieną vaikas neberodė jokių ligūstų pakitimų. Kiek vėliau vaiką ištyręs, taip pat negalėjau rasti jokių pakitimų del persirgtos ligos. Tat buvo mano pirmasis meningitis epidemica atsitikimas vidutiniško sunkumo pas labai jauną vaiką, išgydytą ambulatoriškai sulfanilamidu, nenuleidus kartu smegenų-stuburo skysčio (į 6 ccm skysčio vienkartinį nuleidimą, rodos, nereikėtų kreipti dėmesio).

Meningitis epidemica atsitikimų, gydytų sulfanilamidu (apie kuriuos mano buvo pranešta pirmą kartą) (4,5), stebėjimo metu turėjau progos stebėti ir gydyti du meningitis streptococcica atsitikimu. Vienas tat buvo 3 mėn. kūdikis, kuris iš smegenų apdangalų reiškinių turėjo tiktai sprando sustingimą. Cerebro-spinaliniame skystyje rasta visos smegenų apdangalų uždegimo žymės, taip pat ir streptokokų, išaugintų maitinamosiose medžiagose, buvimas. Del to jam gydyti buvo pavartota antistreptina. Per pirmąsias 2 dienas jam buvo įšvirkšta intraventrikuliariai 1 kartą per dieną po 1 ccm antistreptinum solubile (sol .sulfanilamidi 15%) 4-iuose ccm fiziologinio NaCl skiedinio, vėliau gi kas 2-a arba 3-ia diena po 2 ccm 8-iuose ccm. fiziologinio valgomosios druskos skiedinio. Taip gydant pavyko, laimei, gauti gerų padarinių tiktai po 3 savaičių gydymo. Reikia čia pabrėžti, kad tat buvo pirmas mūsų gydytas sulfanilamidu atsitikimas, ir todėl nebuvome turėję jokio patyrimo. Todėl bijodamiesi ligoniui pakenkti, taikėme jam labai mažus vaisto davinius, kurie, kaip vėliau, įsigiję daugiau patyrimo, įsitikinome, ne tiktai galėjo nepadėti, bet net žymiai neigiamai paveikti gydymo rezultatus. Maži vaistų daviniai, nepakankamai užmušdami bakterijas, gali net jas padaryti atsparias prieš sulfanilamido veikimą. Tokiais atvejais organizmas tampa visiškai bejėgis kovoti su infekcija. Mūsų atsitikimu perdaug mažas vaistų davinys (buvo duodama tiktai po 0,15—0,30 sulfanilamido ir tai ne kasdien, kai turėjo būti taikoma po 0,6 per parą ir tai be pertraukos iki užkratą sunaikinant) nedavė nesėkmingų padarinių, tačiau pailgino išgijimą keliolika dienų.

Šitą kūdikį tyriau praėjus vieneriems metams ir nekonstatavau pas jį jokių netaisyklingumų, susijusių su persirgta liga.

Antras atsitikimas lietė 4-rių metų berniuką, kurio liga prasidėjo staiga šiais reiškiniais: vėmuliu, temperatūros pakilimu, galvos skausmais ir mėšlungiais. Objektyvus tyrimas parodė: kūno temperatūros pakilimą iki 40°, pagreitėjusį tvinksnį. Be padidėjusios blužnies, kuri buvo išsikišusi iš po šonkaulių lanko per 1½ piršto, jokių kitų pakitimų vidaus or-

ganuose negalima buvo nustatyti. Smegenų apdangalų reiškiniai aiškiai buvo pasireiškę, ypačiai sprando sustingimas (opisthotonus). Sausgyslių refleksai buvo pagyvėję. Dermografizmas aiškiai pasireiškęs. Kaukolės nervai nepakitę. Berniukas buvo be sąmonės, žymiai judresnis, be to, dažnai siaubingai rėkdavo. Smegenų-stuburo skystyje konstatuoti uždegiminiai pakitimai ir didelio kiekio streptokokų ilgesnių ar trumpesnių grandinėlių pavidalu, besidažančių Gram'o metode, buvimas. Jie buvo rasti išimtinai kūnelių išorėję ir buvo gerai išsilaikę. Ant seruminio agaro išaugo keliasdešimt jų kolonijų.

Pirmą dieną, turint galvoje vaiko nesąmoningumą, neduota vaistų pro burną, bet įšvirkšta į raumenis rytą, vidudienį ir vakarą po 10 ccm sol. antistreptini solubilis 15%. Jau antrą dieną ligonis buvo sąmoningas ir ramus. Meningitiniai reiškiniai buvo mažiau pasireiškę, o ypačiai sprando sustingimas. Kai vakarykščią dieną pakaušis beveik buvo susisiekęs su stuburu, o pasyviai lenkiama galva buvo galima privesti tik iki padėties, kurioje ilgoji galvos ašis sudarydavo ilgosios kūno ašies tęsinį, tai dabar vaikas laikė galvą laisvai, o pasyviai ji buvo galima sulenkti į priekį ligi smakrui susisiekiant su krūtinės ląsta. Kūno temperatūra nukrito kritiškai ligi apynormio stovio, kuris po keleto dienų visiškai pranyko. Taip pat pūlinių kūnelių kiekis cerebro-spinaliniame skystyje žymiai sumažėjo. Skysčio nuosėdų preparatuose streptokokai jau buvo negausūs ir nusidažę šviesiai melsvai, be to, gausūs atskiri grūdeliai buvo įvairaus dydžio ir turėjo užtušuotus bruožus. Reikia pabrėžti, kad dabar antkryčiai buvo randami beveik išimtinai leukocitų viduryje. Kad antkryčiai būtų absorbuoti vienbranduolių ląstelių (monocitų), ką pastebėjęs Domagk jo atliktuose bandymuose su pelėmis, pasinaudodamas prontosiliu, aš nekonstatavau. Pasėjus skysčio nuosėdas maitinamosiose medžiagose, išaugo jau tiktai keliolika kolonijų.

Antrą gydymo dieną įduota ligoniui antistreptinos išimtinai pro burną po 6 tabl. per parą (kas 4 valandos 1 tabletė= 0,3 sulfanilamido). — Trečią dieną cerebro-spinalinis skystis jau buvo nežymiai drumstas (opalizuojąs), o preparate rasta tik keletas streptokokų grandinėlių viduryje kūnelių ir žymiai pakenktų. Penktą gydymo dieną nekonstatuota antkryčių nuosėdose, kurios pagaliau jau buvo labai negausios ir buvo susidėjusios daugiausia iš limfocitų ir epitelinių ląstelių. Pasėlis davė neigiamus padarinius. — Kadangi streptokokai buvo išnykę ir temperatūra nukrito iki normos, o ligonis pradėjo jaustis gerai (trečią dieną pats atsisėsdavo lovoje, o 6-tą dieną net mėgino vaikščioti), tai nuo 7-tos gydymo dienos buvo sumažintas vaistų davinys ligi 4 tablečių, duodamų tiktai dieną.

10-tą gydymo dieną davinys buvo sumažintas ligi 3 tablečių. Tos dienos vakarą t°-rą pakilo iki 38°, tačiau jokių ligūstų pakitimų pas ligonį nebuvo galima konstatuoti. Meningitinių reiškinių nebūta. — Del t°-ros pakilimo 12-tą gydymo dieną buvo padidintas antistreptinos davinys ligi 6 tablečių dienai. Nepaisant to po 2 dienų vakarą t°-ra vėl pakilo iki 40°. Nuo to laiko berniukas pasidarė apatiškas, nustojo apetito; daugiausia gulėjo apsiblausęs ir visiškai nesidomėjo aplinkuma. Į klausimus atsakinėjo labai nenoroms, bet tiksliai (prieš tai berniukas buvo labai kalbus ir gyvo temperamento). Vidaus organų tyrimas pakitimų juose neparodė. Meningitinių reiškinių nebuvo. Užtat teigiamas buvo Babiński'o refleksas dešiniojoje kojoje; taip pat galima buvo sužadinti dešiniosios pėdos drebėjimas (clonus verus). Taip pat konstatuotas dešiniosios viršutinės bei apatinės galūnių athetosis bei jų raumenų jėgos nusilpimas. Ligonis, kuris anksčiau visus veiksmus atlikdavo dešiniąja ranka, dabar naudojasi tiktai kairiąja ranka, o verčiamas atlikti veiksmus dešiniąja ranka verkdavo. Pasyvūs galūnių judesiai nebuvo skausmingi. Sausgyslių refleksai apskritai buvo kiek gyvesni. Kaukolės nervų srityje pakitimų nekonstatuota. Akys ir jų dugnas, ausys, nosis ir gerklė pakitimų nerodė. Šlapimuose nieko patologiška nerasta. Kraujo tyrimas, be nežymios leukocitozės bei nedidelio laipsnio antrinio mažakraujingumo, jokių kitų pakitimų neparodė.

Vienuoliktą gydymo dieną cerebro-spinaliniame skystyje jokių pakitimų nekonstatuota. Tiek iš skysčio, tiek iš kraujo pasėjus, streptokokų neišaugo. Nepaisant to buvo padidintas antistreptinos davinys iki 8 tablečių per dieną, nes buvo manyta, kad pablogėjimo priežastimi greičiausia bus streptokokiniai židiniai, lokalizavęsi centrinėje nervų sistemoje. Buvo galvota, kad šitie židiniai atsirado dar pirminės streptokokinės pyemijos ir sekamo smegenų apdangalų uždegimo metu. Reikėjo prileisti, kad streptokokai tuose židiniuose buvo tik susilpnėję didelių sulfanilamido davinių įtakoje ir kad, sumažinus šituos davinius, streptokokai vėl atgavo savo gyvybingumą ir piktybingumą. Tačiau, nepaisant tokių didelių sulfanilamido davinių, ligonis tebekarščiavo iki 40°, ir karštis per dieną svyravo dviem laipsniais.

18-tą dieną, be antistreptinos, ligonis dar gaudavo mikroklizmas iš causyth'o rytą ir vakarą po pusantro gramo daviniui. Per tris dienas, per kurias buvo taikomas causyth, t°-ra laikėsi subfebrilė ir ligonis buvo laisvesnis, noroms kalbėjo ir turėjo geresnį apetitą. Kai po 3 dienų causyth paliauta davus, t°-ra vėl pakilo iki 40° ir tokia laikėsi per 3 dienas.

24-tą gydymo dieną nekonstatuota jokių pakitimų cerebro-spinaliniame skystyje; tap pat šito skysčio ir kraujo pasė-

liai buvo neigiami. Smulkmeniškas ir visapusiškas ligonio tyrimas neparodė jokių pakitimų nė viename organe. Konstatuotas buvimas vien tik tų pačių reiškinių iš centrinės nervų sistemos pusės, kurie buvo pasireiškę pradžioje karščiuojamo periodo metu. Kadangi antistreptina neparodė jokio gydomojo veikimo šitam susirgimui ir kadangi nebuvo randama antkryčių, todėl liautasi ją davus. Ir kas dabar atsitiko? Štai t°-ra kitą dieną nepakilo taip aukštai, o laikėsi subnormalaus lygio, o toliau per keletą dienų nukrito iki normos. Taip pat centrinės nervų sistemos susidirginimas netrukus pranyko. Ligonis taip greitai sveiko, kad 10-tą dieną, liovus gydyti antistreptina, buvo išrašytas iš ligoninės kaip pasveikęs.

Galvojant apie karščio priežastį pas mūsų ligonį, tenka prieiti galutinė išvada, kad ligonio karštis nebuvo kurių nors streptokokinių židinių centrinėje nervų sistemoje padarinys, kaip iš pradžių kad buvo manyta. Nes prieš tai kalba — 1) karščio pasireiškimas po to, kai streptokokai kraujyje ir cerebro-spinaliniame skystyje jau buvo išnykę, 2) stoka antkryčių ir pakitimų cerebro-spinaliniame skystyje per visą karščiavimo laiką ir reiškinių iš centrinės nervų sistemos pusės laikymasis ir pagaliau 3) leukocitozės kraujyje nebuvimas. Ligos reiškinių priskyrimas smegenų pūlinio susidarymui, apie ką taip pat buvo galvota, yra nepriimtinas, nes jo išeitis tikriausiai būtų buvusi nepalanki, o jei tat būtų buvusi tiek palanki, kaip mūsų atsitikimu, tai tat būtų įvykę, nebent padidinus antistreptinos davinį arba pavartojus tokį davinį, kokį ligonis gaudavo, tiktai taikomą ilgesnį laiką. Palanki ligos išeitis, ir tai beveik žaibiška, po to, kai visiškai liautasi antistreptiną davus, įgalina įtarti, kad čia dalykas ėjo ne apie streptokokinę priežastį, bet kad visas dalykas buvo vien šalutinio vaistų veikimo padarinys.

Kyla klausimas, kokis mechanizmas reikėtų priimti, norint išaiškinti karščio, kaip šalutinio sulfanilamido veikimo reiškinio, atsradimą? Man atrodo, kad šito preparato baktericidinis veikimas pareina nuo antkryčių baltymų denatūravimo, del ko šitie antkryčiai keičia savo išvaizdą, taip pat ypatybes absorbuoti dažus, kaip tat parodo spalvinga mano pranešimo lentelė (4). Esu linkęs manyti, kad panašiai tam tikromis arčiau nežinomomis aplinkybėmis sulfanilamidas taip pat gali denatūruoti organizmo audinių baltymus. Tuo būdu pakitę audinių baltymai, įsisiurbę į kraują, gali veikti panašiai, kaip parenteraliai pavartoti baltymai. Mūsų atsitikimu tenka prileisti, kad baltymų denatūravimas turėjo įvykti pirmiausia centrinės nervų sistemos audiniuose, apie ką kalba reiškiniai iš šitos sistemos pusės. Apie karštį, kaip šalutinį sulfanilamido veikimą, mini E n g e l s t e i n.

Karštis ir kiti šalutiniai sulfanilamido veikimo reiškiniai nėra baisūs, taip pat nesukelia jokių pastovių padarinių. Dėl to neturime jokiu atveju atsisakyti nuo šito vaisto didelių davinių taikymo, nes tik tuomet galime būti tikri, kad pasieksime tikrą, pakankamai bakteriocidinį vaistų veikimą. Ta proga noriu pabrėžti, kad nurodymai, liečią sulfanilamido davinius ir jų pritaikymo būdus, pateikti mano pirmame pranešime (4,6), nesiskiria principinai nuo T i t o v'o pateiktų, o liečiančių streptocidą.

Streptokokinis cerebro-spinalinių apvalkalų susirgimas, galima pasakyti, iki šiol duodavo 100% mirtingumo. Tik sulfanilamidas pasirodė esąs beveik tikras vaistas, sėkmingai nugalįs šitą susirgimą.

Abudu aukščiau aprašyti atsitikimai mano buvo išnagrinėti moksliniame Krokuvos gydytojų susirinkime 1939 m. balandžio mėn. mano padaryto pranešimo „Epideminio uždegimo chemoterapija" metu.

Apie smegenų-stuburo apvalkalų streptokokinio uždegimo atsitikimų gydymą sulfanilamidu iki šiol dar ne perdaug buvo rašyta. Pasak T i t o v'o, iki 1940 metų yra aprašyta vos 37 atsitikimai, iš kurių tiktai du mirė. Taigi, tat labai naudinga išdava.

Išvados.

1) Cerebro-spinalinio skysčio nuleidimas meningitis epidemica atsitikimais atrodo esąs visiškai nereikalinga priemonė, o net kai kada labai žalinga.

2) Dideli sulfanilamido daviniai, kurių taikymas yra būtinas bent per pirmąsias 2 dienas, gali sukelti karštį, taip pat ir reiškinius iš centrinės nervų sistemos pusės.

3) Šitie reiškiniai yra sulfanilamido šalutinio veikimo padarinys, kas greičiausiai pareina nuo to, kad

4) sulfanilamidas denatūruoja audinių baltymus.

5) Šito vaisto šalutinis veikimas negresia betarpiškai organizmui rimtesniais pakitimais, taip pat nesukelia jokių pastovių padarinių.

6) Sulfanilamidas šiuo metu yra vienintelė priemonė streptokokiniam meningitui sėkmingai nugalėti.

Literatūra.

1. D o m a g k: Prontosil „Bayer" Leverkusen a. Rh.
2. E n g e l s t e i n: „Pol. Gaz. lek." 1938 m. 15 nr., 15 ir 16 atv.
3. L e w k o w i c z: „Pol. Gaz. lek." 1939 m. 19 nr. T. N o w a k'o str.
4. T. N o w a k: „Pol. Gaz. lek." 1939 m. 33, 34—35 nr.
5. „ „ „Medicina" 1940 m. 4 nr., 317 psl. D-ro V. Tercijono refer.
6. „ „ „Pol. Gaz. lek." 1939 m. 19 nr.
7. „ „ „Bull. de l'Acad. Pol. d. Sc. et d. Lettr., de Méd. 1938.

8. T. Nowak: „Rozprawy Wydz. Lek. Pol. Akad. Umiejętności". 1938. IV t., I ser., 10 nr.
9. „ „ „Pol. Gaz. lek." 1938 m. 39 nr
10. К. Г. Титов: Педиатрия, 1940 m 2-3 nr

Химиотерапия эпидемического и стрептококкового менингита.

1. В случаях эпидемического менингита извлечение цереброспинальной жидкости является совершенно излишним, чтобы не сказать в высшей степени вредным.

2. Большие дозы сульфаниламида, необходимые, по крайней мере во время первых двух дней, для обеззаражения цереброспинальной жидкости, могут вызвать лихорадку и вместе с тем явления повреждения центральной нервной системы.

3. Явления, представляющие последствия побочного действия сульфаниламида, имеют причиной по всей вероятности изменения, происходящие в тканевом белке от этого препарата.

4. Побочное действие сульфаниламида не угрожает организму ни посредственными серьезными изменениями, ни влечет за собою каких либо долго длящихся последствий.

5. Сульфаниламид до настоящего времени есть единственное действительное средство против воспаления мозга и спинномозговых оболочек, вызываемого стрептококками.

Schlussfolgerungen.

1. Der Abzug des Liquor cerebrospinalis scheint in den Fällen der Meningitis epidemica vollkommen überflüssig, wenn nicht sogar aüsserst schädlich zu sein.

2. Grosse Dosen von Sulfanilamid, dessen Anwendung wenigstens während der ersten zwei Tage für die Sterilisierung des Liquor cerebrospinalis unerlässlich ist, können Fieber u. zugleich Erscheinungen der Schädigung des zentralen Nervensystems hervorrufen.

3. Solche Erscheinungen, die eine Nebenwirkung des Sulfanilamids sind, beruhen aller Wahrscheinlichkeit nach auf einer Umgestaltung des Eiweisses der Gewebe durch das Sulfanilamid.

4. Diese Nebenwirkung des Sulfanilamids bedroht nicht den Organismus durch unmittelbare ernstere Änderungen, noch ruft sie irgendwelche dauernde Folgeerscheinungen hervor.

5. Das Sulfanilamid ist das bisher einzige wirkungsvolle Heilmittel gegen die durch Streptokokken hervorgerufene Entzündung der Gehirn - und Rückenmarckhaüte.

Dr. St. Rotstad

Moterų seksuogenetiniai susirgimai.

Jau nuo labai senų laikų yra pastebėta, kad daugelis moterų ligų, ar čia iš vidaus klinikos srities, ar čia vadinamųjų psichoneurasteninių, siejasi su lytine sfera. Viena iš klasiškų vadinamųjų moterų ligų, histerija, į kurią seniau daug dėmesio buvo kreipiama ir apie kurią daug veikalų prirašyta (Charcot ir jo mokykla), glaudžiai yra susijusi su seksualine sfera; pats ligos pavadinimas rodo, kad tas susirgimas turi kaž-ką bendra su gimtuve, kuriai tiek seniau, tiek ir dabar skiriamas didelis vaidmuo moters patologijoje, klaidingai verčiant

ant jos kaltę už daugelį susirgimų. Ypatingai liaudies tarpe sakoma, kad gimtuvė vaikščiojanti po pilvą, kylanti aukštyn, spaudžianti gerklę ir t. t., tuo būdu sukeldama ligas.

Iš tiesų gi, ne viena tik gimtuvė, bet visa lytinė sfera, tikrai pasakius, tos sferos stovis plačia to žodžio prasme turi didžiulės įtakos ne tik fizinei, bet ir psichinei moters sveikatai.

Propter unum ovarium mulier est quod est—yra pasakęs Brown-Sequard; nes iš tikrųjų moteris yra kiaušdėčių belaisvė. Aš tą posakį praplėsčiau tardamas, kad moteris yra ne tik kiaušdėčių, bet visos moters organų sferos, jų fiziologiško arba patologiško veikimo belaisvė; nes nuo jų stovio pareina jos nuotaiką, o daugelis negalavimų, dažnai labai toli esančių nuo lytinės sferos, siejasi betgi su jų stoviu, su jų, pasakyčiau, gyvenimu. Tuos susirgimus, stovinčius greta su moterų, vidaus ir nervų ligomis, apima mokslas, vadinamas seksuologija.

Moters gyvenimas galima suskirstyti į keletą laikotarpių, žymiai besiskiriančių vienas nuo kito. Suskirstyčiau moters gyvenimą į šitokius laikotarpius:

I. Vaikystės laikotarpis — lytinė sfera neveikia.
II. Pražydimo laikotarpis — lytinės sferos nubudimas.
III. Mergystės laikotarpis — tiltas į subrendusios moters laikotarpį.
IV. Subrendusios moters laikotarpis.
V. Peržydėjimo laikotarpis — lytinės sferos vytimas.
VI. Pasenėjimo laikotarpis — lytinės sferos neveikimas, laikotarpis, turįs daug bendrų bruožų su pirmuoju, ypatingai psichinių.

I. Pirmasai laikotarpis mums neįdomus — tat bendrinės vaiko psichologijos laikotarpis.

II. Antrasai laikotarpis — greičiau lytinių organų fiziologiško išsivystymo metas — duoda daugiausia vietinio pobūdžio negalavimų, kurie galima palyginti su neįgudusio artisto pasirodymais, kurs vaidina arba perbailiai (oligo-, hypomenorrhoea) arba, priešingai, perdrąsiai (hypermenorrhoea).

III. Trečiasai laikotarpis yra daugiau psichiško išsivystymo metas. Galingas hormonų veiksnys, pasireiškiąs moters gyvenime, žymiai pakeičia jos psichiką. Mergaitė virsta moterimi, atsiranda jausmingumas su lengva jo patologija, kaip linkimas svajoti, mokytojų arba vyresniųjų draugių garbinimas, paskui dažnas, betgi nepavojingas alpimas bei širdies plakimas, kurio metu pu kūs valerijono lašai, kaip seniau pagarsėjusios angliškos (gaivinančios) druskos, darosi būtina conditio sine qua non.

IV. Ketvirtasai laikotarpis, gyvenimo pilnumo metas, visų svarbiausias ir užvis daugiau mus dominąs; paskirstyčiau jį į 3 fazes, būtent:

A. Aiškaus seksualinės aistros ieškojimo, paskui ir motinystės jausmo patenkinimo fazė.

B. Balzakinė fazė, vadinamasai moters ruduo, besibaigiančio periodo nujautimas pasąmonėje.

C. Fazė prieš peržydėjimą, pavojingu amžium vadinama (Michaelis).

Prisižiūrėkime į lytinį moters gyvenimą ketvirtajame laikotarpyje — gyvenimo pilnumo metu. Visas organizmas yra prisirengęs prie to didelio vaidmens, kurį turi jis atlikti, — prie motinystės (padermės išlaikymo). Kiaušdėtys veikia reguliariai, gamindamos kiaušinėlius, belaukiančius apvaisinimo. Moteris tame laikotarpyje galima būtų palyginti su gėle, spalvomis arba kvapsniu viliojančia vabzdį, kurs padės jai apsivaisinti; paprasta gėlė duos vaisių ir nuvys, bet gėlė - moteris negreit vysta, atgauna spalvas iš naujo, kiaušdėtys vėl ima veikti ir t. t., iki pasenėjimo, kai ji garbinga matrona, pulko vaikų motina, gyvens jausdamasi atlikusi savo misiją, visų gerbiama. O pas išmintingą bobutę suvažiuodavo vaikai, vaikų vaikai, pažįstami ir t. t. Taip tat atrodytų ir net iš tikrųjų taip seniau atrodė pagal gyvenimo nuostatus bei taisykles. Šiandien, kai lytinis gyvenimas įgijo kitokį pobūdį, kai del tokių ar kitokių priežasčių moteris vengia gimdymų, atsiranda daugelis negalavimų, kaip seksualinio gyvenimo nereguliarumo ir netaisyklingumo pasėka.

Norėdami tuos susirgimus, tikriau jų etiologiją, geriau suprasti, žvilgterkime vėl į moters lytinio gyvenimo fiziologiją. Veikiančios kiaušdėtys gamina kiaušinėlius ir hormonus. Intra coitum į moters organizmą patenka su sperma spermatozoidai ir vyro hormonai. Spermatozoidai apvaisina kiaušinėlius, įvyksta pastojimas, moters vaidmuo baigtas; o vyro hormonas, antra vertus, yra tarsi moteriškojo hormono papildytojas, neutralintojas, veikiąs moters organizmą, sakyčiau, tildydamas, ramindamas.

Kas gi dedasi, kai vyro hormonas nepatenka į moters organizmą, praktikuojant vadinamąjį coitus condomatus (kalbama apie ištekėjusią moterį)? Mes gi žinome, kad nėštumas ir vėlesnis laktacijos periodas yra tarsi natūralus nuolat veikiančių kiaušdėčių ir viso organizmo poilsis.

Vengiant apvaisinimo, prasideda įvairiausi negalavimai, viena, kaip hormoninio apsinuodijimo reiškinys, antra vertus, kaip nepatenkintų motiniškų organizmo troškimų išraiška. Ryškiausiai tat išeina aikštėn vadinamojo balzakiško ir pavojingojo laikotarpių metu, kai moteris, grynai pasąmonėje ieškodama nenutildytų motiniškų instinktų patenkinimo, siekia jo dažnai už santuokinio miegamojo ribų.

Čia turi reikšmės dar vienas veiksnys, būtent: organizmas moteriškės rudens metu, jausdamas besiartinančią žiemą, įgauna didesnės ekspansijos, tarsi daugiau įsismagina, lyg besivai-

kydamas motinystės pakelia reikalavimus, ir štai šitas padidėjusių troškimų laikotarpis sutampa su laipsniškai silpnėjančio vyro amžium. Iš čia nelaukti ištikimybės laužimai, skandaliukai ir paskalos apie „moteris, turinčias suaugusius vaikus".

Tas nesąmoningas ilgėjimasis motinystės, kurios reikalingas organizmas, sąmoningai užgniaužiamas, virsta dažnai nepaprastu nuotaikos kaitaliojimusi, ypatingai balzakiško ir pavojingojo laikotarpio metu; blogas ūpas dažnai baigiasi nepaprastu sprogimu. Namų židinys virsta pragaru, iš kurio vyras mielu noru bėga, tad atsiranda naujų vėl priekabių naujiems nesutikimams ir t. t. Gerai daro tos moterys, kurios ryžtasi kad ir vėlai pastoti, nežiūrėdamos į giminių arba vadinamųjų draugių stebėjimąsi. Tokia moteris to gimdymo dėka atgauna psichinę pusiausvyrą, o kas įdomiausia, nauji maži vaikai labiau pririša iš namų bėgantį vyrą, nes tėviški instinktai dažnai stipresni būna vyresniame amžiuje.

Iš tolimesnių bendro lytinio gyvenimo nukrypimų tenka paminėti coitus interruptus — blogiausia lytinio bendravimo forma, nes čia, nekalbant apie motinystės nebuvimą, turi labai žymios reikšmės seksualinis pasitenkinimas, kurio čia nerandama.

Vėl žvilgterkime į fiziologiją. Prieš lytinį aktą beveik visas organizmas rengiasi prie jo: kraujas suplūsta į lytinius organus, panašiai kaip pas vyrus, ir post coitum vėl atslūgsta. Jeigu coitus incompletus est, interruptus, tai prie orgazmo neprieinama: viena, atsiranda moteriai nemalonus šokas, antra, kyla laipsniška gimdomųjų organų hiperemija, kuri ilgainiui sukelia visą eilę negalavimų. Taigi, pailgėja ir pagausėja mėnesinės, atsiranda vadinamoji metropathia; toliau atsiranda uždegiminiai kiaušdėčių stoviai, melmens (kryžiaus) skaudėjimai, sunkumo jausmas pilvo apačioje, atkaklūs plovimai. Esu tikras, kad didelė tų negalavimų dauguma kyla iš kraujo susiplūdimo į mažojo dubens organus, kaip coitus interruptus pasėka.

Gydosi tos moterys be galo, beveik ištisais metais. Dažnai be kritikos būna taikomas priešuždegiminis gydymas šiluma (įvairių rūšių šildymai, purvo vonios ir pan.), kas dar labiau padidina hiperemiją, o liesoms moterims pablogina paprastai ne tik vietinį procesą, bet ir apskritai jas išsemia, labai dažnai iki pavojingų ribų. Daug esu matęs moterų, grįžtančių iš kurorto visiškai išsisėmusių. Del to susipažinimas su moters seksuologija yra labai svarbus veiksnys gydytojui, nes jis leidžia jam minėtųjų susirgimų gydymą įstatyti į tinkamas vėžes.

Be to, organizmo trūkumas sukelia moteriai įvairiausias nervų ligas, išveda iš psichinės pusiausvyros ir ne sykį verčia ją laužyti ištikimybę arba, kaip tai pagaliau neretai būna, šalia miegančio vyro užsiimti onanizmu.

Pagaliau prisideda čia trečias veiksnys — baimė, ar laiku vyras bus pasitraukęs, bene bus patekusi sėkla į vidų. Tos moterys, bijodamos pastoti, intra coitum lyg raitosi nesąmoningai, stengdamosi tuo būdu neleisti sėklai įsiskverbti į vidų. Iš to kyla ilgainiui bendriniai viso organizmo traukuliai, pasireikšdami šiais simptomais:

1) Obstipatio spastica.

2) Kraujagyslių spazmai (moterys būna išblyškusios ir skundžiasi šiurpuliais).

3) Dažnas šlapinimasis — spazmiško pūslės stovio reiškinys.

4) Įvairūs nebūdingi skausmai pilvo srityje — spazmiško virškinamųjų takų stovio, netaisyklingos sekrecijos ir žarnų peristaltikos reiškinys, dažnai klaidinąs ir prityrusius gydytojus, ypatingai jei padarytoji analizė rodo skrandžio rūgštingumo stoką — laikinis simptomas, susijęs pagaliau su aprašytuojau stoviu. Prasideda čia bereikalingas dietiškai - farmakologiškas gydymas, blogindąs ligonės sveikatos stovį.

5) Klasiškas globus hystericus, nemalonus jausmas gerklėje, verčias moteris krenkščioti, pagaliau kosėti ir spjaudyti.

Tas spjaudymas turi tam tikros simbolinės reikšmės, būtent — moterys stengiasi kažką pašalinti, kas psichoanalitikų nuomone yra lyg įsivaizduojamas sėklos išmetimo iš organizmo menamas aktas. Moterys, nesiorientuodamos savo ligoje, jos esmėje, labai dažnai būna įsitikinusios beturinčios džiovą (phthyseophobia), todėl ir gydosi dažnai ištisais metais, klaidindamos gydytojus, nes rentgenograma vis parodys kuriuos nors sukalkėjimus ar senus neaktualius pakitimus, kas del aprašytųjų reiškiniu duoda progos imtis nereikalingo specialaus gydymo. Aiškus dalykas, kiekvienas toks atsitikimas turi būti labai rūpestingai ir vispusiškai įvertintas, kad kartais neperdėtume ir tikrų susirgimų nepalaikytume histerija.

Nepasitenkinimas seksualiniu gyvenimu ar del coitus interruptus, ar del vyro nepajėgumo, ar del jo iškrypimo, ar tiesiog del egoistinės sugyvenimo formos, atima moteriai norą turėti coitus, sukelia net pasibjaurėjimą juo. Moteris tuomet sueina į konfliktą, viena vertus, tarp pareigos ir likučių simpatijos vyrui, antra, tarp žymios aversijos lytiniam aktui. Kas gi tuomet darosi? Moteris nustumia nemalonius pergyvenimus į pasąmonę, o iš ten, iš pasąmonės tas psichinis pažeidimas grįžta dažnai taip įvairia forma, kad gydytojui užduoda tikrą mįslę, nepaprastai apsunkina diagnozę, ypatingai aiškinant ligos genezę.

Del to F r e u d ir kartu su juo visa vadinamųjų psichoanalitikų mokykla imasi ieškoti neurozių (vadin. bėgimo į ligą) priežasčių sapnuose, kuriuose simboline forma pasirodo slepiami psichoseksualiniai pažeidimai, aiškiau tariant, sapnuo-

se iškyla aikštėn tie nemalonūs pergyvenimai iš seksualinio gyvenimo srities, kuriuos moteris sąmoningame gyvenime stengiasi nuslėpti ir užmiršti.

Pavyzdžiui teikiu porą ryškių atsitikimų, kaip dažnai tie negalavimai būna labai nutolę nuo tikrojo pagrindo.

1. Moteriškė pačiame amžiaus stiprume, skundžiasi vidurių užkietėjimu. Gydosi labai seniai vaistais ir dieta, buvo kurorte. Liga po trumpų pertraukų nuolat vis grįžta, prislėgdama psichiškai, nekalbant apie fizinę pusę. Tyrimas parodė: organiško pagrindo ligai nėra, vyras daug senesnis, sugyvenimas labai aprėžtas. Išvada: griečiausiai čia bus refleksiškas vidurių užkietėjimas. Ir tikrai, tolimesnis tyrinėjimas tą hipotezę patvirtino: pacientė nesąmoningai susilaiko, atsitiktinai pastebėjusi, kad užkietėję viduriai, resp. ekskrementinių masių susigrūdimas in ampulla recti, spausdami jaudina gretimus gimdomuosius organus, kas imituoja seksualinį pasitenkinimą. Pacientė nuslėpė pasąmonėje neetišką, anot jos, pergyvenimą, tačiau jis grižo aukščiau minėta forma.

2. Atsitikimas įdomesnis simbolikos atžvilgiu; kalba eina apie moteriškę trijų dešimtų kelerių metų. Pacientė skundžiasi besikartojančiais kartas nuo karto vienos apatinės galūnės patinimais su ryškiu jos paraudimu ir sustingimu. Rūpestingai tyrinėjant, nieko patologiška organizme nerasta. Vyras senas, impotens. Ligos prasmė: Pacientė nesąmoningai pagaliau galvoja apie lytinius santykius, o kojos paburkimas, paraudimas ir sustingimas yra lyg simbolinė erekcija. Kai išaiškinau ligonei ligos pagrindą, ėmė spazmuoti, kaip tat dažnai atsitinka, o aukščiau minėtieji įdomūs reiškiniai apatinėje galūnėje visiškai išnyko. O histeriškas nėštumas ar nėra ryškus įrodymas, kokių nuostabių ir įdomių dalykų būna kartais organizme?

3. Moteriškė apie 40 metų amžiaus, jau eilę metų gydosi nuo neaiškios ligos, būtent: keletą kartų per savaitę, net porą kartų per dieną, taip pat ir naktimis, ištinkąs tarsi koks apstulbimas, tuo pačiu metu netenkanti pusiausvyros, krintanti — visuomet į dešinę pusę, paskui kairioji akis paraustanti, didesnio laipsnio nemiga, pailgėjusios mėnesinės, vidurių sukietėjimas. Daug kartų tyrinėta centrinio nervų aparato ir ausų pakenkimo kryptimi, daryta ir kitokių tyrinėjimų, bet nieko patologiška nerasta. Liga trumpai pavadinta neuroze. Imta ieškoti priežasties seksuologine linkme: vyras guli iš dešinės pusės, smarki aversija lytiniam aktui — štai būdingas bėgimas į ligą. Pacientę meta į dešinę pusę nuo vyro, kairioji akis (iš vyro pusės) rausta, pailgėjusios mėnesinės — visa tat yra nesąmoningas stūmimas nuo vyro, nuo nemalonių eventualių santykių.

Tokių pavyzdžių galima rasti labai daug, nuo visai banalių iki labai painių ir sunkių diagnozės atžvilgiu. Pacientės pačios ieško ligos priežasties ir nemoka jos išsiaiškinti, o gydymo nesėkmingumas dažnai sudaro pagrindą tikėti prietarais, kaip kaltūnas, kerėjimai ir t.t.

Čia padarysiu digresiją (kiek literatūrinio pobūdžio) apie panas, vadinamas senmerges. Yra jų du tipai. Vienos lytiniu gyvenimu negyvena, labai ginasi nuo vyrų (bet tekėti nori, ilgainiui vis su mažesne viltim), pamažu darosi vis keistesnės, ieško pasitenkinimo arba perdėtame dievotume, arba nenatūralioje gyvulių meilėje. Įdomu, kad tos merginos dažnai nemėgsta vaikų, tai išvirkščias nepasiektos laimės jausmas. Kitos iš jų su nuostabia energija metasi į visuomeninio ar specialaus darbo sūkurį, užsiėmimo gausumu nustelbdamos nuolatinį šeimos ir vaiko ilgesį. Jos dažnai nekenčia vyrų, kalba apie juos

su ironija (feministės), bet geras stebėtojas per tą ironiją mato prasiskverbiant blogai kaukėtą kerštą del nepavykusio gyvenimo.

Antrasai tipas — merginos, turinčios pripuolamus arba ir reguliarius lytinius santykius. Bet ir čia teisėtos moterystės ir vaiko ilgėjimasis virsta arba liūdesiu ir dairymusi į vaikus gatvėje arba (kaip dažnai atsitinka vadinamųjų teatrėlių ir įvairių rūšių kabaretų artistų sferose) tokia mergina dažnai skandina savo ilgesį alkoholyje, nuo kurio begeriančioje kompanijoje ima dūkti ir spazmuoti (kalbama tuomet apie „histerikę"). Baigiasi ta istorija paprastai liūdnu sapnu pripuolamo draugo glėbyje, ir tokiose sąlygose bėga jos gyvenimas, iki žiema žilų plaukų sniegu apdengia gyvenimo išvargintą galvą moteriškės, kuri juk tik norėjo turėti vaiką.

Neturėtų būti smerkiamos tos moterys, kurioms del kai kurių priežasčių nepasisekė ištekėti, o kurios, priešingai vadinamajai viešajai nuomonei, turi vaikų, yra geros motinos, kūdikis užpildo jų gyvenimą; o visuomenė turi pagaliau suprasti, kad kiekviena moteris turi teisę turėti vaikų, net ir ta, kuri del vienų ar kitų priežasčių nėra ištekėjusi. Juk geriau turėti visuomenėje pusiausvirės moterys, negu kad, kaip tat dažnai pasitaiko, pvz., mokyklose, daugybė vaikų kentėtų del psichiškai nepusiausvirės, dažnai keistuolės „senos panos" blogos nuotaikos. Dar pridursiu, kad šitas nemalonus vardas, kaip ir antras „mergos vaikas", turi būti visiems laikams išbraukti iš visuomenės žodyno.

Taip maždaug atrodytų lytinio gyvenimo netaisyklingumo ir negalavimų bendri bruožai moteriškės gyvenimo pilnumo metu. Tai tema, svarstoma ne vien mokslo atžvilgiu, bet, kaip, pvz., balzakiškas ir pavojingasis amžius (praeclimacterium), nagrinėjama ir daugelyje literatūros veikalų.

Toliau kalbėdamas apie pavojingąjį amžių, resp. amžių prieš peržydėjimą (40—50 m.), pavadinčiau ta laikotarpį atsisveikinamuoju, nes moteriškė tuo metu nebaigtam seksualiniam gyvenimui ieško pakaitalo draugijiniame arba vadinamajame visuomeniniame gyvenime (si non e vero e ben trovato), laukdama iš pokalbininkų platoniškų (kartais neplatoniškų) jaudinimų; kartais, net ir dažnai, amor redivivus pripildo jos gyvenimo nepilnumą (atsisveikinamoji meilė). Kaip P u š k i n viename iš eilėraščių yra pasakęs: „I možet byt' na moj zakat pečalnyj blesniot liubov ulybkoju proščalnoj".

Penktame, peržydėjimo laikotarpyje jau išeina aikštėn paprastai grynai fiziologiški reiškiniai, kaip išskyriminių sutrikimų, kaip visos vegetacinės ir hormoninės santvarkos ženklas su gerai žinoma plačia negalavimų klinika. Seksualiniu atžvilgiu tas laikotarpis, kaip ir žiemos—senatvės laikotarpis, nėra įdomus.

Tat laikotarpis jėgų perkėlimo iš seksualinės sferos į dvasios, tikriau, į proto sferą pagal nuostabų, bet suprantamą dėsnį, kad, lytinei sferai nurimus, geriau ima veikti galva; todėl visi beveik išminčiai ir filosofai, mintytojai ir moterys femme savante tipo turi per penketą kryželių, po to berods amžiaus tikrai pražysta ir išsivysto protas. Tą temą labai gražiai yra išnagrinėjęs amerikietis Pitkin veikale: „Gyvenimas prasideda po keturių dešimtų metų".

Baigiant reikėtų aptarti minėtųjų negalavimų gydymas. Čia nepaprastai plati dirva pasižymėti seksuologui ar kitos specialybės gydytojui; dalyko sureguliavimo, resp. seksualinės problemos klausimas plačia žodžio prasme yra labai svarbus reikalas ir dažnai siejasi su visuomeninio pobūdžio problemomis. Dažnai reikėtų gydyti ne tiek moteris, kiek egoistas ar brutalus vyras.

Gydymas iš viso remiasi griežtu atskiro atsitikimo individualinimu, psichoterapija, dažnai — pasikalbėjimu su vyru, pagaliau seksualinio gyvenimo sureguliavimu, kiek leidžia sąlygos, na ir, žinoma, vaistais bendromis gydymo sąlygomis.

Сексуогенетические заболевания женщин.

Сексуалная жизнь женщин имеет большое влияние не только на ея психическое, но и на физическое состояние Очень много болезней у женщин, причисляемых ошибочно и лечимых в клиниках внутренних или нервных болезней, зависит часто от неправильностей ея сексуальной жизни, ознакомление с которыми является важным моментом в руках врача.

Résumé.

La vie sexuelle des femmes a une grande influence non seulement sur l' état psychique, mais aussi sur la condition phisique des femmes. La grande quantité de maladies chez les femmes, qui sont traitées fautif dans les cliniques des maladies internes et des nerfs, depend souvent des fautes de la vie suxuelle, dont la connaissance a une grande importance pour les médicins.

Prof. dr. V. Lazersonas.

Šizofrenijos atsitikimas septynerių metų vaikui.

Klausimas apie šizofreninių susirgimų buvimą vaikų amžiuje dar neseniai buvo laikomas ginčytinu. Iš vienos pusės jo sprendimą sunkino Sancte de Sanctis ir Th. Heller'io teorija apie dementia praecocissima ir dementia infantilis, iš antros — šizofrenijos atsitikimų skaičius vaikų amžiuje, kliniškai pakankamai pagrįstų ir katamneziškai patikrintų, buvo paskelbtas palyginti nedidelis. Visi tuo klausimu domėjęsi autoriai sutinka, kad šizofrenija vaikų amžiuje iš viso yra retas susirgimas. Jei tikėsime Lutz'o duomenims, paskelbtiems „Schweiz. Archiv für Neurologie und Psychiatrie" 1937 ir 1938 m., tai turėsime pripažinti, kad šizofrenija vaikų amžiuje iki 10 metų sudaro apie 1% visų ta liga sergančiųjų. Bet dar-

gi turint galvoje šitą aplinkybę, tenka stebėtis, kad to paties autoriaus duomenimis iš viso iki paskutinių laikų buvę paskelbta tik 60 šizofrenijos atsitikimų vaikų ir jaunuolių amžiuje, bet ir iš šito skaičiaus kai kurie dar kelia diagnostinio pobūdžio abejojimų. Tačiau paskutiniu laiku domėjimasis šituo klausimu žymiai padidėjo, gal ir pažinimo metodės imta vartoti tikslesnės, tai ir literatūroje vis dažniau ir dažniau aprašomi šižofrenijos atsitikimai vaikų amžiuje. 1940 m. Klara Kühne yra aprašiusi septynis vaikų šizofrenijos atsitikimus 9—13 metų amžiuje. 1936 m. S. Z. Galackaja aprašė 4 metų vaiko šizofreninio susirgimo atsitikimą. Iš sovietinių autorių ankstyvo vaikų amžiaus šizofreniją yra aprašę savo veikaluose Sucharėva, Simson, Kudriavceva, Grebelskaja ir kt.

Taigi, kiekvienas naujas vaikų amžiaus šizofrenijos atsitikimas, rūpestingai ištirtas, turi ne tik kazuistinį interesą, bet gali eiti medžiaga, nušviečiančia ir principinį klausimą apie grynųjų (sui generis) šizofrenijos formų buvimą vaikų amžiuje, lygiai kaip ir kai kuriuos diferencinės diagnostikos klausimus. Kaip tik šizofrenijos diagnozės klausimu vaikų amžiuje yra svarbu tiksliai nustatyti duomenys apie ligos pradžią ir išsivystymą; kai kurie autoriai pabrėžia ypatingą katamnezės reikšmę, kuriai dar gi skiriamas lemiamas vaidmuo vaikų šizofreniją pripažįstant. Homburger savo paskaitose iš vaikų amžiaus psichopatologijos sako: „Bet pirm visko reikia pastebėti, kad vaikų šizofrenijos faktas nustatytas ne kliniškos simptomologijos duomenimis susirgimo pradžioje, bet vėliau išsivysčiusia silpnaprotyste, vadinas, eiga ir pabaiga“. Labai aiškiai pasisako ir J. Lutz: „Tuo būdu anamnezė, ligos eiga ir pabaiga diagnozei turi tokią pačią didelę reikšmę, kaip ir simptomologija. Tai ir vaikų šizofrenijos diagnozė darosi išilginio, o ne skersinio pjūvio diagnozė“. Vis delto reikia pripažinti, kad ir laikantis aukščiau minėtų nurodymų diferencinė klasiškos vaikų šizofrenijos diagnozė, ypatingai su kliniškais vaizdais, kuriuos yra aprašę Heller, Zappert, Sancte de Sanctis, Emminghaus (dementia acuta — stupiditas), Raecke (katatonia infantilis), Higier (dementia postlethargica infantilis), ir panašiais reiškiniais, sudaro kartais sunkumų, kaip rodo ir žemiau aprašytas atsitikimas. Sunkumo centru, nustatant diagnozę, toli gražu ne visuomet reikia laikyti katamnezė, kaip to reikalauja kai kurie autoriai; ypatingai katatonijos atsitikimais, prie kurių aš priskiriu ir savąjį, lemiamas vaidmuo priklauso vis delto kliniškai simptomologijai, kas visiškai paaiškėja turint galvoje ilgų gerų remisijų galimumą, kurios vis tik neprieštarauja diagnozei — „katatonija“.

Vaikų šizofrenijos diagnozės sunkumai siejasi iš dalies su specifiškais vystymosi momentais, kurie jau patys vieni daug

įneša naujo ir savotiško į gyvenimą kad ir visai normalaus vaiko, ypač kritiškais momentais, iš antros vėl pusės, vaikų amžiuje stoka dar to palyginti pastovaus asmenybės susiformavimo, kurį mes paprastai matome pas suaugusius ir kurs dažnai sudaro lyginamojo psichologinio vertinimo ir liguistų nukrypimų išeinamąjį punktą. Tarp diagnozę temdančių momentų ne paskutinę vietą užima ir sunkumai, susiję su stebėjimu savęs pas jaunesniojo amžiaus vaikus; psichiatras gi čia labiau negu kur kitur privalo grįsti savo išvadas ekstrospekcijos duomenimis. Žemiau aprašomasai atsitikimas, nepaisant stokos duomenų apie tolimesnę ligos eigą, yra taip ryškus ir būdingas klinišku savo vaizdu, kad, priešais Hombur-ger'io, Lutz'o ir kitų autorių teigimams, jo pažinimas visiškai įmanomas remiantis beveik išimtinai tik „skersiniu pjūviu".

Chana R., 7 m. amžiaus, vienintelis vaikas šeimoje, 1940 m. VII. 9 d. motorinio susijaudinimo ir negatyvizmo stovyje priimta į ligoninę, kur išbuvo apie šešias savaites, po to tris savaites praleido privatiniame bute, prižiūrima gailestingosios sesers, kuri ją anksčiau slaugė ligoninėje.

Anamnezė. Tam tikri ligos simptomai buvo pasirodę maždaug už mėnesio prieš įstojant į ligoninę. Mergaitės tėvas, motinos žodžiais, visuomet buvęs sveikas, gana gerų gabumų ir vertęsis prekyba; miręs 28 m. amžiaus, keturiems mėnesiams praslinkus po sutuoktuvių, neva nuo galvos užgaravimo. Tėvo dėdė sirgęs psichiniu pakrikimu, bet paskiau pagijęs; smulkmenų apie jo ligą nepasisekė patirti. Pacientės prasenolė iš tėvo pusės taip pat sirgusi psichine liga. Kaip matyti iš motinos pareiškimų, visa šeima iš tėvo pusės buvo nervinga ir jaudri. Mergaitės motina dar neseniai buvusi, anot jos pačios, rami ir lygaus būdo moteris, tik paskutiniu laiku ėmusi labai nervintis. Iš tikrųjų gi pacientės motina daro įspūdį neramios ir be pusiausvyros moters su aiškiais šizoidiniais būdo bruožais. Mergaitei esant ligoninėje, ji ištisomis valandomis žiūrėdavo iš užkampio laukdama, benē pamatys ją nors praeinomis, bet, svarbiausia, norėdama pasekti aplinkos elgesį. Lankyti del labai neigiamos įtakos jai buvo uždrausta. Kai motinai buvo pareikšta kad pasimatymai su ja mergaitės sveikatai turi neigiamos įtakos, ji persirengusi ir užsimaskavusi, kad nepažintų, vis delto visa'p stengdavosi patekti į ligoninę ar bent arti jos būti. Nervų ir psichinės ligos motinos šeimoje neigiamos, nors daug yra pagrindo manyti, kad mergaitės paveldėjimas apsunkintas ir iš motinos pusės. Turėdamas dažną palyginti kontaktą su motiną, galėjau, be kitko, pastebėti jos protinį atsilikimą, nemokėjimą susivaldyti, svaičiojimus, „kreivą logiką", ambivalentiškumą. Motinos habitus aiškiai asteniškas; ji našlė apie 35 metų amžiaus. Mergaitė gimusi laiku, po 7 mėnesių tėvui mirus. Nėštumas ir gimdymas ėję normaliai. Fizinis jos vystymasis kiek vėlavęsis. Dantys prasikalę 11-tą mėnesį, vėliau kaip paprastai ėmusi sėdėti, o vaikščioti tik 16-tą mėnesį, kalbėti — metų amžiaus. Iš vaikų ligų persirgusi kokliušą ir tymus. Pacientė buvusi judri mergaitė ir dar visiškai maža būdama parodžiusi neeilinis gabumus muzikoje: 11-tą mėnesį ji jau pasekdavusi suaugusiųjų dainuojamas melodijas. 5-tais metais jai keletą kartų parodę raides ir ji nuostabiai greitai išmokusi skaityti ir rašyti. Pereitą žiemą mergaitė lankiusi keletą mėnesių vaikų darželį, kur noriai žaisdavusi su kitais vaikais, visu kuo duomėdavusis ir lengvai visame kame susivokdavusi; būdama vaikų darželyje, mielai dalyvaudavusi vaikų vaidinimuose, kurių metu dailiai dainuodavusi ir ypač gražiai šokdavusi. Prieš keletą metų turėjusi kažkurį šlapimų pūslės sutrikimą: dieną š.a-

pindavusis nepaprastai dažnai, beveik kas 10 minučių, o naktį tik sykį, kartais ir visai ne; toks nenormalus šlapinimasis trukęs pusantrų metų, o maždaug prieš 1½ metų įvykusi griežta permaina: ėmusi šlapintis 1—2 sykius per para. Prieš mėnesį ji turėjusi keletą dienų pakilusią iki 38,5°—39,0° temperatūrą, kurią palaikę gripinio susirgimo simptomu. Jai pagijus, motina kažkaip sudavusi mergaitei apsiaustu; to sudavimo, anot motinos, ji nepaprastai išsigandusi, išsižiojusi ir nusterusi išbuvusi kokias 5—10 minučių, po to ėmusi rėkti, dūkti, spjaudytis. Kai motina kiek nuraminusi mergaitę, išėjusi iš kambario, įlindusi į drabužinę spintą, kur sukandžiojusi ir sudraskiusi motinos drabužius. Nuo to laiko beveik visiškai nustojusi kalbėjusi, į klausimus neatsakinėdavusi, o griežtai reikalaujant duodavusi kartais atsakymus labai primityvius. Pradėjusi vengti kitų vaikų, nusigręždavusi nuo suaugusių, ypač giminių ir artimųjų; kai ją šaukdavę arba prieidavę prie jos, pabėgdavusi. Tuo pačiu laiku ant gatvės dažnai pribėgdavusi prie visai nepažįstamų pro šalį einančių vaikų, kartais ir suaugusių, spjaudydavusi į juos, šaukdavusi, kažką nesuprantama, traukdavusi už drabužių, stengdavusis juos nugąsdinti šūkiais bei grimasomis. Kartais be matomos priežasties imdavusi dūkti arba rėkti ant gatvės taip garsiai, kad subėgdavę žmonės ir būdavęs reikalingas praeivių įsikišimas; kartais visiškai nebevalgydavusi, atkakliai atsisakinėdavusi ir energingai priešindavusis mėginant maitinti šaukštuku; dažnai pasirinkdavusi labai nepatogią padėtį, kurioje pasilikdavusi ilgą laiką, įbedusi akis į kurį nors tašką, kas sudarydavę žvairumo įspūdį. Iš burnos driekusios seilės; miegodavusi labai neramiai, dažnai pašokdavusi iš lovos.

Status praes. Tyrimo duomenys iš 1940. VII. 9 d. Kūno sudėjimas taisyklingas, habitus asteniškas; mityba silpnoka; matomosios gleivinės blankios; t° 36,7. Širdis, plaučiai, pilvo tuštymo organai ypatingai nepakitę; tvinksnis 84, pakankamai prisipildęs. Šlapiminė pūslė labai pilna, siekia bambą. Kiaušo ir spinaliniai nervai nepakitę. Visi aktyviniai ir pasyviniai judesiai turi pilną jėgą ir apimtį. Del esamo stovio ištirti jautrumo negalima. Sausgyslių refleksai vienodai pagyvėję; ryškus raudonas dermografizmas. Akies dugnas — nieko ypatinga. Šlapimų analizė iš 10. VII: išskyrus acetoną ir acetonouksusinę rūgštį, nieko ypatinga. Kraujas morfologiškai: Hb 75%, eritrocitų 4.210.000, leukocitų 6.700, index 0,9, eritrocitų santykis su leukocitais 601:1; pagal Schiling'ą: baz. 0, eozin. 2, myel. 0, jaun.0, lazdel. 2, segment. 60, limf. 20, monoc. 8. Kraujas pagal Wa — rezultatas neigiamas. Ekskrementai — nieko ypatinga. Liumbalinė punkcija padaryta 12. VII: liquor cerebrospinalis teka vidutiniu spaudimu, skaidrus, bespalvis; baltymų 0,1%. Pandy ir Nonne-Apelt r. — neigiamos; pleocitozė 4 viename ccm. Wa reakcija liquor'e neigiama.

Ligoninėje mergaitė buvo labai nerami, rėkė, mosykavo rankomis, ilgai trypė kojomis, svaidė daiktus ant žemės, darė keistas grimasas ir pagaliau nurimo tik visiškai netekusi jėgų. Ir nurimusios veide reiškėsi kažkokia nepaprasta baimė. Į klausimus neatsakinėjo, spontaniškai taip pat nieko nekalbėjo, nevalgė, visą laiką vėmė. Naktį keletą kartų rėkdama pašokdavo iš lovos. Rytais irgi nieko nekalbėjo, nevalgė, iš burnos buvo jaučiamas acetonas. Dvi dienas nesišlapino, tik paguldžius ant stalo kateterizuoti, mergaitė pati paleido apie 1½ litro šlapimų su acetono kvapu.

Visą dieną nieko nekalbėjo, tik rėkė; kartais buvo labai susijaudinusi, net agresinga; mušė rankomis, trypė kojomis, stengėsi gnaibyti ir draskyti; maistas teko varu pilti į burną šaukšteliu; pirmomis dienomis buvimo ligoninėje vemdavo dažnai ir daug. Burna pilna seilių, kurias kartas nuo karto latakais spjaudė ant žemės. Į klausimus beveik neatsakinėjo. Po keleto dienų ligonė kiek nurimo, bet nesiliovė spjaudžiusis, vėmusi ir labai dažnai šlapinusi į lovą ar kelnaites; dažnai onanizuojasi, ištisomis valandomis guli nejudėdama lovoje vienoje padėtyje ir, nors

musės rėplioja po veidą, lenda į nosį, rėplioja po akių ragines, lenda į akis, jų nesigina ir net nemirksi; beveik nuolatos tuštinasi po savim į lovą. Po keleto dienų gulėjimo ligoninėje pacientė nustojo vėmusi ir spjaudžiusis; tuomet leista jai atsikelti. Po to kiek aprimo, į klausimus atsakinėjo su iškreiptu į grimasą veidu ir tik griežtai reikalaujant. Jos atsakymai tokiais atvejais, lydimi dejavimų, kukčiojimų ar gailingo cypimo, buvo labai primityvaus pobūdžio. Tais retais atsitikimais, kai su paciente pasisekdavo susikalbėti, iš atsakymų galima buvo spręsti, kad ji visiškai susivokia laike ir erdvėje, pažįsta aplinkos žmones, supranta pamokymus, kuriuos jai duoda užsiimant rankdarbiais, paišyba ar kuo kitu. Labai dažnai nepatogiausioje pozoje išstovėdavo gan ilgą laiką ant vienos kojos arba pakėlus ranką aukštyn ar atsukus galvą į šalį. Kartais pastebima tendencija ilgai kartoti kurį nors sakinį ar žodį (verbigeracija). Sesuo pagrasė sykį pacientei pirštu, sakydama: „Žiūrėk tu man, aš tau parodysiu"; po to mergaitė 15—20 minučių stereotipiškai grasė pirštu, vis kartodama: „aš tau parodysiu". Vaigė dažniausiai mažai ir tik iš šaukštelio. Trečią dieną įstojus į ligoninę imta ant tuščios švirkšti mažomis dozėmis (5—10—15 v.) insulinas, kurs gerino apetitą. Trečią gulėjimo ligoninėje savaitę aprimo, ėmė daugiau valgyti ir rečiau tuštintis po savim, onanizavosi žymiai rečiau, nebesispjaudė, prasiblaivė, ėmė žaisti svediniu, noriai šoko ir dainavo. Bet ir reliatyvaus pagerėjimo ir nurimimo laikotarpiu pacientė nesišlapino be prievartos. Sueiti į glaudesnį kontaktą ir paskutinėmis gulėjimo ligoninėje savaitėmis vis delto buvo sunku, tiek tik, kad labai noriai pasisakydavo vardą ir pavardę, žinojo motinos vardą, teisingai pasakydavo dėdės pavardę, greit palyginti ėmė suprasti, kas jai sakoma lenkiškai, nors anksčiau tos kalbos visai nemokėjo, išmoko net dainuoti lenkiškas daineles. Kartais pacientė sutikdavo užsiimti figūrų išpjaustinėjimu, rankdarbiais arba paišyba. Įdomu pastebėti, kad gana neblogiems piešiniams iš atminties arba iš gamtos dažnai trūkdavo logiško atskirų dalių santykio. Katės uodega, pvz., pridėta prie kaklo arba prie galvos.

Tokiame reliatyvaus pagerėjimo stovyje motina pasiėmė pacientę iš ligoninės 1940. VIII. 18 d.

Paduodame kai kurias ištraukas iš dienyno to laiko, kada pacientė buvo ligoninėje ir privačiame psichiatrinės sesers bute.

1940. VII. 10 d. Pacientė dvi dienas nesišlapino. Šlapimų pūslė pilna, siekia bambą. Kai buvo paguldyta ant stalo kateterizuoti, pati atleido apie 1½ litro šlapimų su acetono kvapu. Iš burnos atsiduoda acetonas. Dieną šlapinasi normaliai. Iš akių matyti didelė baimė. Kartas nuo karto darosi agresinga. Svaido visus daiktus ant grindų, trypia kojomis, mosykuoja rankomis, baisiai rėkdama. Valgydama smarkiai vemia. Dieną keletą kartų bėgo. Viduriai kieti (po klizmos).

Mergaitė priimta į ligoninę labai nešvari, plaukuose glindos.

VII. 11 d. Mergaitė rami, netriukšmauja, ant grindų nieko nemėto, neverkia. Tuojau pavalgius keletą kartų vėmė. Vėmalai rūgštūs, atsiduoda acetonu. Daug spjaudosi; seilių daug, driekiasi, baltos kaip putos. Viduriai tvarkingi. Šlapinasi dažnai, po maža, į kelnaites. Onanizmuojasi.

VII. 12 d. Spjaudosi mažiau. Vėmė du kartus tuojau pavalgiusi, šlapinasi dažnai į kelnaites. Nakčia šlapinosi ir tuštinosi po savim. Rankutes nuolatos laiko genitalijų srityje.

VII. 13 d. Šiek tiek nurimo. Ištisomis valandomis guli lovoje nepatogioje padėtyje. Nereaguoja į muses, kurios visur po ją rėplioja, lenda į nosį, akis, rėplioja po ragenas, — net nemirksi. Mažai kalba. Šlapinasi po savim; du sykiu vėmė.

VII. 14 d. Spjaudosi ir vemia. Gana rami. Ištisomis valandomis guli katatoniškoje padėtyje. Onanizuojasi. Miega gerai.

VII. 15 d. Visą dieną niurzgė, visu kuo nepatenkinta. Apetito nebuvo, visą dieną nesišlapino; vakare, kai per prievartą pasodino ant puo-

duko, tik tada atleido šlapimų didelį kiekį. Miega gerai, bet kartais pašoka iš lovos ir rėkia.

VII. 16 d. Vėmė du kartus. Šlapinosi du sykiu per parą. Vidurių neturėjo. Šiaip be permainos.

VII. 17 d. Vemia, spjaudosi mažai. Šlapinasi, bet reikia varu sodinti ant puoduko. Dieną išsituštino po savim lovoje.

VII. 18 d. Kiek linksmesnė, šoko, truputį dainavo; norėjo pabėgti. Prieina prie nepažįstamų ir nori drauge su jais vaikščioti. Vėmė tris kartus.

VII. 19 d. Be permainų.

VII. 21 d. Gana rami; dažnai stovi vienoje pozicijoje su pakelta aukštyn ranka arba atsukus į šoną galvą gan ilgą laiką: 10—15 minučių. Vemia. Šlapinasi ir tuštinasi po savim.

VII. 22 d. Visą dieną buvo rami, į pavakarį pasidarė nervinga, nenorėjo valgyti; ėmė gnaibyti ir draskyti seseris. Bėgiojo į vidurį kambario, šūkavo, mosykavo rankomis, sukiojo galvą į šonus, keldama akis į viršų, kas darė žvairavimo įspūdį. Taip skerėčiojo, iki nepailso (15 minučių). Jokiu būdu negalima buvo jos nuraminti. Niekam nesileido prisiartinti.

VII. 23 d. Rytą dūkimo priepuolis, šaukia, trypia kojomis, veide matyti išgąstis, šalinasi nuo pažįstamų. Priėjusi prie svetimų žmonių, norėjo drauge su jais vaikščioti. Visą dieną nertėjo. Šlapinosi ir tuštinosi po savim lovoje. Miegojo gerai.

VII. 24 d. Po pusryčių vėmė. Nerami, nertėja; veide — išgąstis, dreba visa iš baimės. Spjaudosi, seilių daug — putų pavidalo. Pati nesišlapina, reikia varu sodinti ant puoduko. Žaisti nenori, apetito nėra.

VII. 25 d. Truputį nurimo, vis delto nertėjo, nenoromis žaidė. Šlapinasi po savim; nevemia, miega gerai.

VII. 26 d. Linksma, dainuoja, šoka. Apetitas pagerėjo, nevemia, spjaudosi. Miega gerai.

VII. 27 d. Nertėjo, nieko nenori veikti. Į klausimus neatsakinėja. Valgo gerai.

VII. 28 d. Žaisti nenori, labai sunku kuo nors ją užimti, žaislais nesidžiaugia. Prieina prie svetimų žmonių ir nori drauge su jais vaikščioti. Nori pabėgti (mergaitė gudri). Šlapinasi normaliai.

VIII. 1 d. Daug ramesnė, nevemia. Apetitas geras. Šlapinasi mažai, į kelnaites. Išsituštino normaliai.

VIII. 2 d. Rami, žaidžia; skaito knygelę, žiūrinėja paveikslėlius.

VIII. 3 d. Linksma, žaidžia, piešia. Apetitas vidutiniškas. Miega gerai.

VIII. 6 d. Daug ramesnė; nevemia, nesispjaudo. Apetitas gan geras. Šlapinasi į kelnaites.

VIII. 9 d. Mergaitė rami, žaidžia, nuolat šoka. Noriai eina pasivaikščioti. Nevemia. Tuštinasi normaliai. Šlapinosi du sykiu po savimi į lovą (dieną, popiet).

VIII. 10 d. Be permainų.

VIII. 12 d. Kartas nuo karto be priežasties rėkia. Dažnai stovi nepatogioje pozicijoje po 10—15 minučių. Dažnai šlapinasi po truputį į kelnaites. Onanizuojasi, po to šlapinasi — visuomet mažais kiekiais.

VIII. 13 d. Visą dieną nertėjo. Vakare baisiai rėkė, nenorėjo miegoti. Nuo vakar dienos nesišlapino. Šlapiminė pūslė pilna. Tik vakare išsišlapino.

VIII. 14 d. Nertėja. Dvi valandas gulėjo katatoniškoje padėtyje. Šlapintis nenori. Prievarta tenka sodinti ant puoduko.

VIII. 15 d. Nerami, rėkia, pašoka naktį iš lovos. Išvaizda išgąsdinto vaiko, visa dreba, atsargiai artinasi prie žmonių, nenori kalbėti. Apetito nėra.

VIII. 16 d. Kiek ramesnė; apetitas blogas, nepatenkinta, nertėja, mažai kalba; miega gana gerai.

VIII. 17 d. Nertėja, mažai valgo; miegojo gana gerai.
VIII. 18 d. Iš ligoninės išstojo.

Privatiniame bute.

VIII. 19 d. Truputį nertėja, nenori pusryčiauti. Keldama iš lovos, puolė su kumščiukėmis ir spardėsi kojomis. Pietavo labai blogai. Iki vakaro buvo rami, žaidė nenoromis. Lauk išėjo normaliai. Miegojo ramiai.

VIII. 20 d. Kaip vakar.

VIII. 21 d. Pusryčiavo gerai; vaikščiojo blogai nusiteikusi, žaisti nenorėjo. Iš pasivaikščiojimo grįžo viena, nenorėjo eiti drauge su kitais. Onanizuojasi.

VIII. 22 d. Žaidžia sviediniu, daro grimasas. Akys išsigandusios, griebia nervingai; pietavo blogai, vėmė. Šiaip be permainų.

VIII. 23 d. Po pusryčių buvo nerami, norėjo pasmaugti katę; beveik visą dieną vaikė ją, tąsė už uodegos, kankino, mėgdžiojo.

VIII. 24 d. Daug ramesnė, kalbėjo lenkiškai; ramiai davėsi išrengiama; miegojo gerai.

VIII. 25 d. Nieko ypatinga.

VIII. 26 d. Valgė gerai, rami, noriai žaidžia.

VIII. 27 d. Visą dieną nertėjo, nenorėjo valgyti. Šlapinosi po savim.

VIII. 28 d. Be permainų. Tuštinosi po savim.

VIII. 29 d. Pripuolamai susitiko su motina. Pažino, nedrąsiai priėjo, lyg bijodama jos. Nesimeilino, paskui ėmė baisiai rėkti, trypti kojomis. Motinai išėjus, visą laiką buvo susierzinusi.

VIII. 30 d. Širsta, nertėja, blogai valgo. Klausė apie motiną. Dūkimo priepuolis.

VIII. 31 d. Nerami, nieko nenori veikti. Apetitas blogas. Negatyvizmas.

IX. 1 d. Kiek geriau. Apetitas geras. Pasivaikščiodama žaidė. Į klausimus atsakinėjo išmintingai. Šiaip be permainų.

IX. 2 d. Rami, noriai žaidžia. Apetitas geras.

IX. 3 d. Rami, linksma, dainuoja lenkiškas ir žydiškas daineles. Šiaip be permainų.

Būdama bute, apskritai imant ir palyginant mergaitė visą laiką būdavo rami, kartais kaip normalus vaikas, dalyvaudavo žaidimuose, padėdavo vyresniesiems dirbti, kalbėdavo gana išmintingai.

Trumpai suglaudę svarbiausius duomenis iš anamnezės, status praesens ir ligos istorijos devynių savaičių laikotarpio, galėsime konstatuoti štai ką:

1) Neabejotinai sunkus nervų - psichikos ligų paveldėjimas tiek iš motinos, tiek iš tėvo pusės.

2) Mergaitė prieš susirgdama buvo gan gabi, kai kuriais atžvilgiais aukščiau normalaus lygio (muzikalumas ir kt.), ir, be šlapinimosi nenormalumų, nieku ypatingu nepasižymėjo. Tuo būdu pacientė reikia priskirti prie pirmosios grupės Homburger'io anamnezinės klasifikacijos vaikų šizofrenikų, t. y., grupės vaikų iki susergant vidutiniškai ar labai gabių, neturėjusių psichopatinių bruožų.

3) Infekcinio susirgimo buvimas prieš pat susergant šita liga.

4) Somatiškai - asteniškas habitus, dermografizmas, gausus seilėtekis, dažnas atkaklus vėmimas ir labai gyvi sausgyslių refleksai.

5) Retentio urinae arba per dažnas šlapinimasis centrinės kilmės (pleionurie).
6) Dažnas begėdiškas onanizmavimasis ir teršimasis.
7) Kurios nors ryškios degradacijos intelektualinėje srityje prieš susirgimą ir ligos metu nebuvimas.
8) Griežtas visos vaiko asmenybės psichinės santvarkos pakitimas autizmo prasme.
9) Afektinis atbukimas, pasireiškęs įvairiose srityse, ir nemotyvuoti afektiniai staigūs išsiveržimai.
10) Apsaugos reakcijų nebuvimas drauge su hipestezija ir hipalgezija.
11) Nenoras valgyti.
12) Mutizmas.
13) Stereotipizmas.
14) Verbigeracija.
15) Negatyvizmas.
16) Kataleptiškas stovis.
17) Paramimija.
18) Pereinamieji stupur'o stoviai.
19) Pereinamieji afektyvinio susijaudinimo stoviai katatonijos pobūdžio.
20) Flexibilitas cerea.

Visi reiškiniai (4—20) didesniu ar mažesniu laipsniu buvo stebimi ligos metu, ir jie tiek būdingi, kad iš tiesų katatonijos diagnozė neturėjo kelti jokių abejojimų. Vis delto, ypač ligos pradžioje, kilo šiokių tokių diagnostinių svyravimų, turint galvoje, kad psichinė liga ėjo po infekcinės. Čia teko diferencijuoti su simptominėmis psichozėmis (antrinėmis) — encefalito ir kitų panašių organinių ligų pasėka. Kai del simptominių psichozių, tai somatinio pobūdžio reiškiniai buvo tiek nepastovūs ir nežymūs, tuo tarpu kai visame vaizde aiškiai dominavo psichotiniai simptomai, taip lengvai sutampą su psichozės sui generis vaizdu, kad apie šitą galimumą rimtai galvoti netenka. Kiek sunkiau diferencijuoti su encefalitu ir po jo sekančiais stoviais. Bet čia liquor cerebrospinalis tyrimo duomenys su visu aiškumu išskiria poencefalitinio pobūdžio susirgimą: visiškai normalus spaudimas, 0,1‰ baltymų, neigiama globulininė reakcija, normalus narvelių kiekis; be to, visiškas nebuvimas kurių nors reiškinių iš smegeninių nervų pusės ir kitų būdingų reiškinių ligos pradžioje ir jos eigoje daro šitą spėjimą mažai pagrįstą. Infekcinė liga, persirgta prieš psichinę, galėjo, kaip dažnai būna, turėti provokacinį vaidmenį. Neigiama Wassermann'o reakcija tiek su krauju, tiek ir su liquor'u su dideliu tikrumu išskiria sifilinio pobūdžio ligą, juoba, kad tokiai prielaidai visiškai nėra jokio pagrindo nei anamnezėje, nei ligos eigoje. Prieš smegenų auglį (tumor'ą) kalba taip pat normalūs liquor'o duomenys (bal-

tyminės - narvelinės disociacijos reiškinių nebuvimas, normalus spaudimas) ir normalus akių dugnas.

Del diferencinės diagnozės su histerija tenka pasakyti, kad prieš histerinį stovį kalba labai daugelis aiškiai šizofreniškų simptomų šitoje ligoje ir beveik visiškas tikrų histerinių stigmų nebuvimas. Čia tenka prisiminti senųjų psichiatrų posakis, kad juo histeriškiau atrodo menamoji histerija, juo tikriau yra dementia praecox. Prieš oligofrenišką susirgimą su šizoidu propfschizophrenie tipo kalba ne tik palyginti geri gabumai iki susergant, bet ir geras palyginti intelekto išsilaikymas ligos metu (per keletą savaičių išmoko kiek lenkiškai ir kt.). Diferencijuoti nuo kitų psichozių, tikrai sakant, netenka: perdaug būdingi katatonijos simptomai. Kai del Heller'io dementia infantilis, tai iš viso ginčytinas klausimas, kiek ji yra liga sui generis (greičiausia, tai šizofrenijos rūšis), be to, paliečia vaikus 3—5 metų amžiaus ir pasižymi protinių gabumų ryškia degradacija.

Mes turime pilną pagrindą čia aprašytąjį atsitikimą priskirti prie grupės „dementia praecocissima catatonica" Sancte de Sanctis, „catatonia infantilis" Raecke ir kitų vaikų amžiaus katatoniškų susirgimų.

Literatūra.

1. Benjamin, E., Hanselmann ir kt.: „Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters". Ciurichas. 1938. 100 psl.

2. Галацкая С. З. Шизофреническое заболевание у 4 х летняго ребенка. „Сов. психоневрология". Гос. изд. 1936 г. 2 nr.

3. Homburger, A.: Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlynas. 1926. 781 psl.

4. Kühne, Kl.: Schizophrenie im Kindesalter. „Psychoneur. Wchschr." 1940 m. 16,17 ir 18 nr. nr.

5. Lutz, J.: Ueber die Schizophrenie im Kindesalter. „Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psych." 1937 m. 39 nr. ir 1938 m. 40 nr.

6. Озерецкий: Психопатология детского возраста. Ленинград. 1938

7. Соловьева, З. А.: К вопросу о шизоидной психопатии в детском возрасте. Шизофрения. Сборник работ Психиатрической клиники 2-го Московского Медиц. Инст. за 1939 г.

8 Соловьева, М. В.: К вопросу о мутизме в детском вопросе. Там же, 50 psl

9. Сухарева, Г. Е.: Клинические лекции по психиатрии детского возраста Мед. ГИЗ. 1940.

Случай шизофрении у семилетней девочки.

Автор излагает современные взгляды на шизофрению в детском возрасте и дает описание и клинический разбор случая кататонии у семилетней девочки.

Zusammenfassung.

In der vorliegenden Arbeit bespricht der Verfasser den gegenwärtigen Stand des Schizophrenieproblems im Kindesalter und berichtet über einen Fall von Katatonie bei einem siebenjährigen Mädchen.

Gyd. M. Levitanas,
skyriaus asistentas.

Dvigubo, uterinio ir ekstrauterinio, nėštumo atsitikimas.

(Iš I. Valst. Kauno ligoninės, buv. Kauno Žydų ligoninės, Moterų ligų skyriaus. Ved. d-ras I. L e v i t a n a s).

Nors teisingai diagnozuotų ir operuotų tubinio nėštumo atsitikimų skaičius yra žymiai padidėjęs, vis delto tuo pačiu metu pasitaikąs dvigubas, uterinis ir ekstrauterinis, nėštumas yra retenybė. Ligi 1913 metų Fr. v. N e u g e b a u e r yra pranešęs apie 273 kazuistinius šito susirgimo atsitikimus. G e m m e l yra pranešęs apie daugiau kaip 217 atsitikimų, kurių mirtingumas sudaro 20,7%. Tas pats autorius yra aprašęs dar du intrauterinio ir ekstrauterinio nėštumo atsitikimus. Pirmu atsitikimu operacijos pagelba pašalintas kartu intra - ir ekstrauterinis nėštumas. Antru atsitikimu, pašalinant ekstrauterinį nėštumą, paliktas intrauterinis, ir gimęs normalus kūdikis.

A l t h a b e ir I b a n e z taip pat yra aprašę kartu esančio ekstrauterinio ir intrauterinio nėštumo atsitikimą; jiems pasisekė palaikyti intrauterinis nėštumas, kuris baigėsi laimingu kūdikio gimimu.

1924 m. T u r o l t yra pranešęs Vienos Ginekologijos draugijoje apie šį atsitikimą:

Vienai moteriai, praėjus 4 savaitėms po paskutinių mėnesinių, prasidėjo kraujavimas, kuris reikėjo sustabdyti išvalant gimtuvę. 3-čią dieną po to įvyko kolapsas, teigiama užpakalinio douglas'o mėginamoji punkcija ir operacija, kurios metu pašalintas dešiniosios pusės tubinis nėštumas.

Toje pačioje draugijoje 1926 m. S t i g e l b a u e r yra pranešęs apie šį atsitikimą:

6 savaites nebuvę mėnesinių. Po to sekęs kraujavimas, užtrukęs 3 savaites. Ištyrus per vaginam, buvęs diagnozuotas abortas. O kadangi douglas'e buvo neryškiai apibrėžtas, besikeičiančios konsistencijos auglys (tumor), tai buvo padaryta mėginamoji punkcija, kuri parodžiusi pasenusį kraują. Tuojau po to padarius laparotomiją, buvęs nustatytas dešiniosios pusės tubinis nėštumas, haematocele retrouterina ir 3-čio mėn. intrauterinis nėštumas. Intrauterinis nėštumas, nepaisant laparotomijos, vystęsis ligi normalios nėštumo pabaigos.

H o f f m a n n yra pranešęs apie šitokį atsitikimą:

25 metų moteris, 3 metus ištekėjusi. Pirmą sykį jos gyvenime mėnesinės pavėlavusios 10 dienų. Prasidėjus kraujavimui, ji pajutusi staigų skausmą kairiojoje apatinėje pilvo srityje, bendrinį silpnumą ir alpimo jausmą. Tiriant nerasta jo-

kių vidinio kraujavimo žymių, adneksai nepadidėję, gimtuvė tačiau palpuojant skausminga. Konservatyviai gydoma ligonė išgijusi ir išvykusi gydytis druskos voniomis.

Praėjus mėnesiui ji grįžusi skųsdamasi tais pačiais reiškiniais. Per 2 tyrimo savaites ligonė ramiai ilsėjusis lovoje ir gydžiusis ergotinu ir kalkėmis. Buvo praėję tik 2 mėnesiai nuo mėnesinių sutrikimo, o gimtuvė atitikusi 7-8 savaičių nėštumą, portio vaginalis buvusi suminkštėjusi, H e g a r'o ženklas buvęs teigiamas, taip kad nebuvę galima daugiau abejoti intdiagnozuotas slyvos didumo adneksinis auglys. Išvalymas ir diagnozuotas slyvos didumo adneksinis auglys. Išvalymas ir po to kolpotomija, kurios metu rasta seno kraujo. Laparotomija: buvo išpjauta kairioji nėščioji tuba.

Apie šį žymiai laimingesnį atsitikimą yra pranešęs S t i g e l b a u e r:

35 metų amžiaus moteris buvo operuota del dešiniosios pusės ekstrauterinio nėštumo. Operuojant buvęs rastas 3 mėnesių intrauterinis nėštumas, kuris, nepaisant operacijos, baigęsis 4.250 g sveriančio berniuko gimimu.

Kadangi kartu esančio intrauterinio ir ekstrauterinio nėštumo atsitikimai pasitaiko retai (maksimum 10-12 kartų per metus), tai tokio atsitikimo, pasitaikiusio Kauno I Valstybinėje ligoninėje, paskelbimas visiškai pasiteisina.

Ligonė S., 28 metų amžiaus. Priimta į ligoninę 1938. XII. 8 d., išrašyta 1938. XII. 26 d. Nullipara. Mėnesinės visados būdavusios normalios. Paskutinės mėnesinės buvusios 1938. X. 25 d. 1938. XI. 23 d. staigus bendrinis nusilpimas ir skausmai pilvo tuštyme. Jokio kolapso nebuvę, tik bloga savijauta ir noras vemti.

1938. XII. 8 d. po pietų kraujavimas iš lyties organų. Jokio karščio. Anemija. Skausmai apatinėje liemens dalyje. Tiriant per vaginam, gimtuvė antefleksuota, minkšta, padidėjusi. Kairioji tuba minkšta ir nykščio storumo sustorėjusi. Kitą rytą tešluota difuziška infiltracija aplink kairįjį tubos piltuvėlį. Diagnozė: Graviditas tubaria sinistra.

Tučtuojau bendrinėje eterio narkozėje su O m b r a d a n'o kauke padaryta operacija (operavo d-ras I. L e v i t a n a s). Skersinis pjūvis pagal P f a u n e n s t i e l'į. Atidarius pilvaplėvės tuštymą (peritoneum), tarp žarnų rasta daug šviežio ir sukrešėjusio kraujo. Gimtuvė antefleksuota, kiek padidėjusi. Dešinieji adneksai normalūs. Kairioji kiaušdėtis truputį padidėjusi, kieta. Kairioji tuba piltuvinėje dalyje žymiai sustorėjusi, in ostio abdominali—sukrešėjęs kraujas (abortus tubarius). Kairiosios tubos rezekcija, paliekant kiaušdėtį; žaizdos peritonizacija. Pilvo tuštymo išvalymas nuo kraujų. Pilvo siene'ė pasluogsniais užsiūta aklinai. Tvartis. 1938. XII. 10 d. po klizmos išėjo dujos. XII. 11 d. žarnų išsituštinimas. Tolimesnė eiga gana normali. 1938. XII. 11 d. žnyplės pašalintos—žaizda sugijo per primam. 1938. XII. 26 d. išgijusi ligonė išrašyta iš ligoninės.

1939 metų vasario mėnesio pradžioje ligonė kreipėsi į vyr. skyriaus asistentą gyd. N a b r i s k į del mėnesinių nebuvimo. Gydytojas konstatavo 3 mėnesių nėštumą. A s c h e i m - Z o n d a k'o reakcija gauta teigiama. Tolimesnė nėštumo eiga visiškai normali. 1939 metais rugpjūčio mėn. 5 dieną ji pagimdė sveiką berniuką. Gijo normaliai ir devintą dieną po gimdymo laiminga motina išrašyta iš ligoninės.

Šitoje vietoje norėčiau pabrėžti kartu esančio intrauterinio ir ekstrauterinio nėštumo diagnozės nustatymo sunkumą. Tarp pirmųjų 170 aprašytų atsitikimų teisinga diagnozė buvo nustatyta tik 7 kartus, tarp antrųjų 74 atsitikimų — tik 8 kartus. Gmeiner (1912) yra pabrėžęs, kad iš jam žinomų 190 atsitikimų laiku buvo pažinti tik 10.

Dažnai reikia abejoti kartu pasitaikančio intrauterinio ir ekstrauterinio nėštumo diagnozės teisingumu.

Taip, pvz., kai kuriais Neugebauer'io, taip pat ir Turolt'o bei Stigelbauer'io praneštais atsitikimais gimtuvės aborto diagnozė pirmiausia buvo nustatyta, pasirėmus gimtuvės padidėjimu, skausmais, panašiais į gimdymo skausmus, kraujavimu ir odos skutelių nutekėjimu. Mes tačiau žinome, kad visi šitie simptomai gali pasitaikyti tubinio aborto arba tubinės ruptūros atvejais. Todėl tokiais atsitikimais, tiksliai mikroskopiškai neištyrus audinių dalių, gautų išvalymo būdu arba spontaniško nutekėjimo atvejais, negalima nustatyti jokios diferencinės diagnozės tarp ekstrauterinio ir intrauterinio nėštumo.

Mūsų atsitikimu buvo nustatyta ekstrauterinio nėštumo diagnozė: intrauterinis nėštumas iš pradžių net ir nebuvo įtartas, nes gimtuvė pirmaisiais dviem mėnesiais ir ekstrauterinio nėštumo atveju irgi būna padidėjusi. Vien tik tada, kai ligonė del mėnesinių nepasirodymo tiriama, nustatomas intrauterinis nėštumas.

Man prieinamojoje literatūroje esu suradęs, kad tik apie 20% visų intrauterinio ir ekstrauterinio nėštumų atsitikimų baigiasi gyvo kūdikio gimimu: todėl mūsų atsitikimas, baigęsis nėštumo išlikimu ir sveiko kūdikio gimimu, yra skelbtinas.

Literatūra.

1. Althabe u. Ibanez: „Zbl. f. Gyn." 1936 m. 14 nr.
2. Gemmel: „Zbl. f. Gyn." 1936 m. 14 nr.
3. Hoffmann: „Zbl. f. Gyn." 1927 m. 13 nr.
4. Neugebauer: „Gyn. Rundschau" 1913 m. 22—23 sąs.
5. Oastler: „Zbl. f. Gyn." 1930 m. 19 nr.
6. Stigelbauer: „Zbl. f. Gyn." 1927 m. 13 nr.
7. Stoeckel: „Lehrbuch d. Geburtshilfe".

Случай одновременной маточной и внематочной беременности.

Последние месячные 25. X. 38 г. 9 XII. 38 операция левосторонней трубной беременности. В начале февраля 1939 г. констатирована трехмесячная беременность. Живой плод родился 5 VIII. 1939 г.

Случаи одновременной маточной и внематочной беременности есавнительно редки. При операции внематочной беременности, не позднре чем 2-х месяцев, диагноз одновременного наличия и маточной бенеменности невозможен. В случаях комбинированной маточной и внераточной беременности, приблизительно только в 20% случаев, маточмая беременность кончается рождением доношенного и живого плода.

Ein Fall von doppelter, uteriner und extrauteriner, Schwangerschaft.

Es wird ein Fall von doppelter, uteriner und extrauteriner, Schwangerschaft beschrieben. Letzte Menstruation am 25. X. 1938. Am 9. XII. 1938 Operation der linksseitigen Tubargravidität. Anfangs Februar 1939 wird eine dreimonatliche Intrauterinschwangerchaft konstatiert, die am 5. VIII. 39 mit der Geburt eines Kindes glücklich endete.

Die Fälle von doppelter, uteriner und extrauteriner, Schwangerschaft sind relativ selten. Die Diagnose der gleichzeitigen Intra- und Extrauterinschwangerschaft ist in den ersten 2 Monaten unmöglich. Bei Intra- und Extrauteringravidität werden nur etwa 20% der Fälle von ausgetragenen lebenden Kindern begleitet.

Gyd. I. Matis.

Piktybinių navikų gydymas oto-rino-laringologijoje.

Kliniški stebėjimai.

Piktybiniai navikai oto - rino - laringologijoje pasitaiko gana dažnai ir turi didelės praktiškos reikšmės. Jų forma ir lokalizacija gali būti įvairios. Diagnozė kai kada labai lengvai nustatoma, pvz., tonsilių, burnos, gerklės navikų atvejais, o kai kada labai sunkiai, pvz., navikų, išeinančių iš nosiaryklės atvejais. Jų prognozė taip pat labai įvairi. Vieni navikai, k. a. gerklės, tinkamu laiku gydomi, duoda daug geresnę prognozę, negu navikai, išeiną iš nosies priedinių daubų, tonsilės arba nosiaryklės. Navikų gydymas oto - laringologijos srityje paskutiniu laiku padarė didelę pažangą. Galima tvirtinti, kad gana didelis ligonių procentas, tinkamu laiku nustačius diagnozę ir tinkamai gydant, pavyksta išgelbėti. „LTSR Medicinoje" jau buvo rašyta apie navikus oto - laringologijos srityje (prof. Z u b k u s), bet dauguma gydytojų praktikų mažai domisi šituo klausimu. Ypač mažai pažįsta įvairius chirurginius būdus navikams pašalinti.

Čia aprašysiu keletą įdomesnių atsitikimų iš savo praktikos.

1 atsitikimas. Cancer laryngis, exstirpatio laryngis totalis.

Ligonis D. D., 37 metų, atvyko į ligoninę dėl stenosis laryngis. Apžiūrėjus gerklėje rastas gana išsiplėtęs vidinis cancer laryngis, kuris kliudė laisvai kvėpuoti. Prieš atvykdamas ilgesnį laiką buvo gydomas rentgeno spinduliais, bet, atrodė, nesėkmingai. 1936. XII. 10 d. padaryta tracheotomija. Atsižvelgiant į ligonio amžių, nuspręsta daryti exstirpatio laryngis, kadangi tat buvo vienintelis būdas, kuriuo dar galima buvo mėginti gelbėti ligonis. 1937. I. 10 d. drauge su d-ru Z a c h a r i n u padarėme exstirpatio laryngis totalis G l ü c k - S ö r e n s e n'o būdu.

Pooperacinis gydymas, kuris tokiais atvejais ilgai užtrunka, praėjo sėkmingai. Po operacijos ligoniui dar sykį buvo pašalintos limfinės liaukos, kurios, pasirodė, jau buvo infektuotos. Neturėdamas gerklės, ligonis priprato kalbėti stemplės pagalba. ir tuo būdu su juo buvo galima laisvai susikalbėti. Ilgesnį laiką jokių metastazių negalima buvo pastebėti, ir ligonis galėjo dirbti. Po 2 maždaug metų po paskutinės operacijos pas jį buvo įtarta metastazė. Tolimesnis ligonio likimas nežinomas.

Komentuojant šitą atsitikimą, reikia pabrėžti, kad cancer laryngis tokiame jauname amžiuje pasitaiko labai retai.

Cancer laryngis prognozė pareina nuo jo lokalizacijos. Apskritai, vidinis cancer laryngis labai vėlai duoda metastazes ir del to turi žymiai geresnę prognozę, negu kitų kūno dalių vėžiai. Bet juo jaunesnis ligonis, tuo blogesnė prognozė. Pas minėtą tik 37 metų amžiaus ligonį reikėjo laukti didelio karcinomos išsivystymo. Bet, antra vertus, jaunas ir stiprus ligonis gali daug lengviau pakelti operaciją ir pooperacinį gydymą ir todėl turi geresnę prognozę, negų senesnis ligonis. Reikia manyti, kad, jeigu ligos pradžioje būtų buvusi padaryta operacija ir pašalintas navikas, tai ligonio gyvybė būtų buvusi išgelbėta.

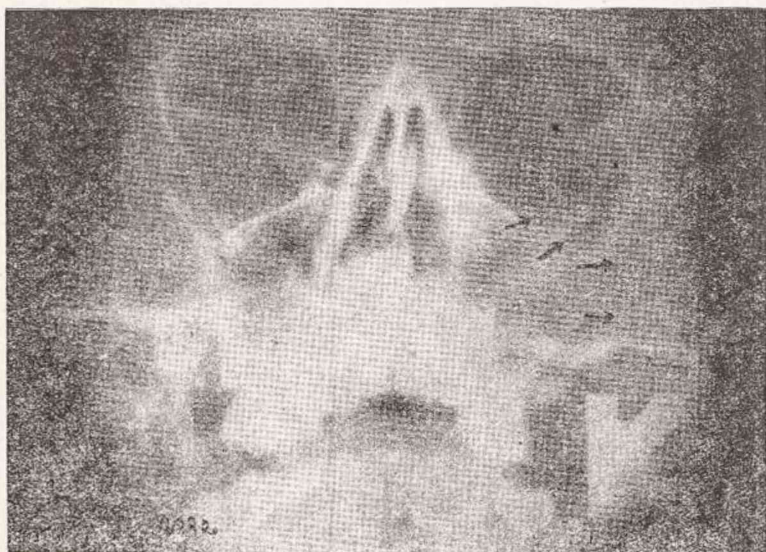
Paskutinį dešimtmetį labai dažnai diskutuojamas klausimas, kas gerklės vėžio atveju duoda geresnę prognozę: operacija ar rentgeno terapija. Daugelyje kongresų buvo svarstomas šitas klausimas (Berlyne, Stokholme, Maskvoje ir kt.). Kaip atrodo iš literatūros ir mano paties patyrimo Vienoje, Paryžiuje ir Stokholme, dauguma duoda pirmenybę operacijai. Kaip man ten aiškino, radikali operacija turinti tikresnių šansų išvengti recidyvo; be to, V e s s e l y (Viena) reiškė man nuomonę, kad, tur būt, rentgenas ir pagreitinąs metastazes. Be to, ne visi navikai vienodai reaguoją į rentgeno spindulius. Jei silpniems seniems ligoniams svarstomas rentgeno terapijos taikymas, tai jaunesniems ir stipresniems ligoniams labai pavojinga pradėti rengeno terapija ir tuo būdu gaišinti brangus laikas. Kaip žinoma, po rentgeno terapijos žaizdos labai blogai gyja. Tuo tarpu vidinis gerklės vėžys savo pradžioje labai palankus operatyviam gydymui. Gana paprastu ir mažai pavojingu būdu, pvz., padarius laryngofissura, dažnai galima radikaliai pašalinti navikas.

2 atsitikimas. Nosiaryklės fibroma yra navikas, kuris savo ypatybėmis skiriasi nuo visų kitų rūšių navikų. Histologiška savo struktūra jis yra gerybinis. Metastazių jis neduoda, bet turi labai didelį polinkį augti. Šitas augimas dažnai nepaprastai stiprus, ir navikas įauga į gretimus organus, kaip antai, į orbitą, priedines nosies daubas, smegenų bazę ir kt. Tuo būdu, nepaisant savo histologiškų ypatybių, fibroma yra piktybinis navikas, ir del to jo prognozė bloga. Navikas galima pašalinti tik operacijos pagalba: tat vienintelis būdas išgelbėti ligonį. Dar šito šimtmečio pradžioje fibroma pasitaikydavo gana dažnai, bet paskutiniu laiku, atrodo, ji būna daug rečiau ir kai kuriose didelėse klinikose yra retenybė. Apie šitą faktą kalba daug autorių, kaip, pvz., L e m a i t r e, W o r m s ir kiti. Anksčiau literatūroje galima būdavo rasti straipsnių apie visą eilę padarytų fibromos operacijų, bet paskutiniu laiku net ir klinikos, turinčios didelę operacinę medžiagą, aprašo tik vieną kitą fibromos atsitikimą. Man pačiam, besilankant dideliuose otolo-

giniose centruose, tekdavo girdėti nuomonių, kad paskutiniais dešimtmečiais fibroma beveik pranykusi ir pasitaikanti labai retai.

Operatyvus fibromos gydymas nėra lengvas. Tipiškos operacijos čia retai vartojamos. Kaip teisingai rašo F i n k, beveik kiekvienas operatorius turi savo fibromos operacijos metodę. Nėra abejojimų, kad paskutiniais laikais ankstyvesnė fibromos diagnozė statoma daug geriau, ir tuo būdu operuojami daug lengvesni atsitikimai, kur navikas dar nėra įaugęs į aplinkinius audinius. Tokie navikai galima operuoti nevartojant labai žalojančių metodžių, ir paprastesniu būdu pasiseka navikas pašalinti. Daug sunkesnis buvo atsitikimas, kai man teko operuoti. Čia navikas buvo labai įaugęs į nosies priedines daubas, į orbitą ir į fossa pterygo-palatina, nes ligonis atvyko labai vėlai, kada aiškiai buvo matoma išorinė veido deformacija.

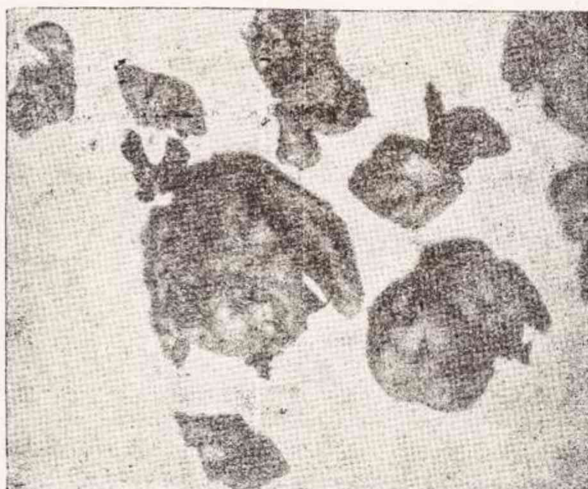
Ligonis J. St., 14 mt., 1939. X. 18 d. atvyko į ligoninę, skųsdamasis sunkiu alsavimu pro nosį, galvos skausmais ir kraujavimu iš nosies ir nosiaryklės. Dar vaikystėję buvęs anemiškas. Buvo matomas vieno žando patinimas. Kalba neaiški. Apžiūrint ryklę, buvo matomas didelis navikas, išeinąs iš nosiaryklės; jis buvo labai kietas, pilkos spalvos ir lengvai kraujavo. Per priekinę rinoskopiją irgi buvo matomas tas pats navikas, giliai įaugęs į nosies priedines daubas. Rentgeno nuotrauka patvirtino, kad auglys labai išplitęs (1 pieš.). Atsižvelgiant į tipišką klinišką vaizdą, galima buvo ir be excisio probatoria nustatyti nosiaryklės fibromos diagnozė.



1 a t v. Nosiaryklės fibroma, giliai įaugusi į nosies priedines daubas ir į fossa pterygo-palatina.

Kadangi aiškiai buvo matomas destrukcinis augimas, tai operacija buvo neišvengiama. 1939. X. 20 d. padaryta operacija vietinėje anestezi-

joje, dviem gydytojams asistuojant. Operacija buvo gana sunki, nes navikas buvo labai kietas ir stipriai suaugęs su aplink esančiais audiniais. Jis turėjo giliai išsišakojusias ataugas (2 pieš.), kurios su dideliais sunkumais reikėjo radikaliai pašalinti. Pašalindamas visą naviką, aš pasiekiau vietą, iš kur jis buvo išaugęs, būtent, lateralinį choanos randą. Šita vieta dažnai minima, kaip tipiška fibromos pradžia. Po operacijos pas ligonį radosi didelė anemija, del ko teko daryti kraujo transfuzija.



2 atv. Nosiaryklės išsišakojusios ataugos.

Pooperacinis gydymas kiek užtruko, nes liko didelis tuštymas, apimąs nosies priedines daubas, nosies tuštymą ir vietas, kur navikas buvo įaugęs.

Šitas atsitikimas įdomus tuo, kad navikas buvo nepaprastai didelis, ir vis delto ligonis ilgą laiką nesidavė operuojamas. Suprantama, būtų buvę daug tikslingiau operuoti pačioje pradžioje.

3 atsitikimas. Viršutinio žandikaulio rezekcija yra operacija, kuri daroma įvairiose medicinos šakose. Chirurgai, odontologai, oto - rino - laringologai negali susitarti, kuriai specialybei priklauso šita operacija. Tikslingiau būtų, kad ligonį operuotų ir toliau gydytų tas, kas nustatė diagnozę. Kadangi yra atsitikimų, priklausančių visoms minėtoms specialybėms, tai išeina, kad savo ribose ir chirurgai, ir odontologai, ir oto - laringologai gali operuoti.

Apskritai, viršutinio žandikaulio rezekcija nėra sunki ar ypatingai pavojinga operacija; tiesa, reikia paaukoti daug audinių, ir po operacijos pasilieka didelė deformacija, bet už tat ji yra tipiška operaciją, kur mažiau reikia skaitytis su staigmenomis ar ypatingumais. Oto - rino - laringologijoje resectio maxillae superioris daroma dažniausiai del navikų, išeinančių iš priedinių nosies daubų. Šitie navikai iš pradžių dažniausiai jo-

kių ženklų nerodo; liga diagnozuojama, kai navikas jau yra smarkiai išaugęs. Tokiais atvejais tik resectio maxillae superioris įgalina pašalinti naviką.

Priedinių nosies daubų prognozė daug blogesnė, negu gerklės piktybinių navikų, nes pirmieji greitai duoda metastazių. Bet nepaisant to, resectio maxillae superioris tokiais atvejais turi didelės praktiškos reikšmės, nes ji gali žymiai pailginti ligonio gyvybę. Šiuo laiku beveik visur praktikuojamas kombinuotas gydymas: anksčiau pašalinamas navikas, o paskui gydoma spinduliais. Šitas gydymas duoda geresnių rezultatų, negu kiti.

Ligonis B. I., 68 m., atvyko skųsdamasis sunkiu alsavimu pro nosį Per priekinę rinoskopiją buvo galima nustatyti nelygiu paviršiumi navikas. Mėginamasis auglio gabaliuko tyrimas rodo karcinomą. Rentgenas rodo, kad navikas giliai įaugęs į viršutinio žandikaulio daubą. 1937. IV. 20 d. buvo padaryta resectio maxillae superioris, kuri parodė, kad navikas jau priaugęs iki orbitos ir os zygomaticum. Padaryti exstirpatio orbitae ligonis neleido. Ligonis pakėlė operaciją labai gerai. Pooperacinis gydymas praėjo be jokių komplikacijų. Po 2 metų galima buvo konstatuoti recidyvas.

Išvados.

Šitie 3 atsitikimai gali eiti pavyzdžiu kai kurių trūkumų, pasirodančių praktikoje su navikais, priklausančiais oto-rino-laringologijos specialybei. Visais atvejais liga buvo diagnozuota labai vėlai; o jau išorinės žymės buvo gana ryškios. Vadinasi, gydytojo praktikoje per maža galvojama apie tokių ligų iškilimo galimumus. Bet ir nustačius diagnozę, visais šitais trimis atvejais operacija per ilgai buvo atidėliojama. Antra vertus, nors del pavėluotai pravestos operacijos navikai buvo išsiplėtę, ir tuo būdu operacija buvo komplikuota, tačiau ji praėjo sėkmingai. Del šito patyrimo aš noriu dar pabrėžti šias išvadas, reikalingas kovai su piktybiniais navikais:

1) Diagnozuoti navikas kaip galima anksčiau ir visais neaiškiais atsitikimais siųsti pas specialistą patikrinti.

2) Nustatant diagnozę, greičiau siųsti ligonis operuoti.

3) Ir tais atvejais, kai navikas išsiplėtęs, reikia mėginti operuoti, nes tat vienintelis šansas išgelbėti arba pailginti ligonio gyvybę.

LITERATŪRA.

1. Fink: Moi sposob udalenija nosoglotočnych fibrom. „Žurnal ušn., nosov. i gorlov. bolieznei" 1935. 2 nr.
2. Vorms: Fibrome naso-pharyngien. „Les annales d'oto-laryng." 1936. 3 nr.
3. Zubkus, prof.: Retas otorinolaringologijoje melanoma malignum atsitikimas. „Medicina". 1938. 5. nr.
4. Zubkus, prof.: „Monatschrift fuer Ohrenheilk. u. Laryng." 1938. 5 nr.
5. Zubkus, prof.: Piktybiniai navikai otorinolaringologijoje. „Medicina" 1935. 11. nr. ir 12. nr.

Лечение злокачественных опухолей в ото-рино-ларингологии.

Злокачественные опухоли головы и шеи нередко врачами практиками диагнсцируются слишком поздно, вследствие чего пропускается момент,

когда больного еще можно было бы спасти. Всетаки и в этих случаях может быть испробована операция.

Автор сообщает о трех случаях из его практики:

1) Экстирпация гортани у 37 летнего больного с раковой опухолью гортани.
2) Операция у 14-летнего больного фибромы носоглотки, вросшейся в придаточной полости носа.
3) Резекция верхней челюсти у 68-летнего больного по поводу рака носа.

Uber die Behandlung von bösartigen Tumoren in der Oto - Rhino - Laryngologie.

Bösartige Tumoren werden oft zu spät diagnostiziert, wenn der günstige Moment zur Operation schon verpasst ist. Trozdem kann die Operation auch in diesen Fällen versucht werden. Der Autor berichtet über drei Fälle aus seiner Praxis

1. Larynxexstirpation bei einem 37-jährigen Mann;
2. Entfernung eines tief in die Nasennebenhöhlen hineingewachsenen Nasenrachenfibroms bei einem 14-jährigen Knaben.
3. Oberkieferresektion wegen Nasen - Ca bei einem 68-jährigen Mann.

Dr. L. Goldšteinas.

Užrašai iš praktikos.

I. Plaučių tuberkuliozė.

Kaip rodo statistika, negydyti sunkesni džiovos atsitikimai, ypačiai lydimi kavernų, praėjus 10-čiai metų nuo ligos pradžios, baigiasi mirtimi. Tuberkuliozės tyrinėtojai Braeuning ir Neisen nurodo, kad tokių ligonių 84% per 10 metų miršta. Didelį vaidmenį čia vaidina kavernos didumas. Gydymas pagerina statistiką: Braeuning, sulyginęs 125 gydytų atviros džiovos atsitikimų likimą su 80-čia negydytų, gavo, kad iš paskutinių po 4 metų mirė 92%, o iš gydytų ligonių tiktai 66%.

Kartais sutinkame ir išimčių. Kūno atsparumas yra neapskaičiuojamas dydis, ir mes nustebę galime pamatyti gamtos reparacijos galimumus. Štai vieno kaimiečio, sergančio 17 metų džiova, trumpa ligos istorija. Jis visiškai nesigydė ir labai įdomu susipažinti su jo dabartiniu sveikatos stoviu.

Šitas ligonis, L. K., dabar turi 42 metus. Tarnaudamas kariuomenėje, prieš 17 metų, susirgo eksudatyviniu pleuritu. Išgulėjęs 2 mėnesiu karo ligoninėje, buvo iš kariuomenės atleistas. Nuo to laiko serga plaučiais, gydęsis naminiais vaistais. Visą laiką kosėjęs. Paskutiniu laiku pradėjęs jausti greitą nuovargį, pasidaręs visiškai nedarbingas. Kojos buvo sutinusios, bet dabar tinimas yra praėjęs.

Be pneumonijos, kitomis ligomis jisai nesirgęs. Šeimoje džiovos atsitikimų nebuvę. Tėvas miręs širdies liga, motina — pneumonija.

Ligonio apžiūra: liesas, tačiau ypatingos kacheksijos nepastebima. Sunkiai ir pagreitintai kvėpuoja, ypačiai po greitesnių judesių. Kairioji krūtinės pusė yra įdubusi ir mažiau dalyvauja kvėpavime.

Temperatūra normali. Plaučių perkusija parodė dešiniųjų plaučių paduslėjimą iki V šonkaulio priekyje ir iš strėnų pusės. Kairieji plaučiai duoda dar didesnį paduslėjimą, beveik visoje kairiojoje

k r ū t i n ė s p u s ė j e. Š i t ų p l a u č i ų a p a t i n ė r i b a y r a a u k š - č i a u p a k i l u s i.

Auskultuojant dar ryškiau galima stebėti visa eilė ligos sukeltų patologinių reiškinių. D e š i n i ų j ų p l a u č i ų v i r š ū n ė j e i r p o r y - š i a k a u l i n ė j e s r i t y j e g i r d i m i s m u l k ū s d r ė g n i k a r k a - l a i i r r y š k u s b r o n c h i š k a s k v ė p a v i m a s. I r ž e m i a u g a l i m a g i r d ė t i š i e k t i e k s i l p n e s n i o t e m b r o b r o n c h i š - k a s a l s a v i m a s. K a i r i ų j ų p l a u č i ų k v ė p a v i m a s y r a s u s i l p n ė j ę s i r a i š k i a i g i r d i m i s a u s i k a r k a l a i b e i p l e u r o s t r y n i m a s i s.

Širdis yra nustumta į kairę. Ictus cordis nesurandamas. Širdies funkcija pagreitėjusi, 90 per minutę. Tonai šiek tiek duslūs. Ūžesių nėra. Kraujospūdis 100/90.

Kituose vidaus organuose nieko ypatingo nerasta. Blužnis nėra padidėjusi.

Tokia yra trumpa šito ligonio ligos istorija. Šitų duomenų turi užtekti diagnozei nustatyti. Manau, kad nieks su manimi nesiginčys, kai šitam ligoniui nustatysiu diagnozę: T b c. p u l - m o n u m.

Kuo pasirėmę mes statome šitą diagnozę? Ogi, štai šiais duomenimis:

Anamnezėje pleuritis exsudativa; kosulys ilgesnį laiką su skrepliais; plaučių perkusinis paduslėjimas, kuris rodo audinių pakitėjimą ir jų kvėpuojamos parenchimos sumažėjimą; smulkūs drėgni karkalai, kurie yra plaučių griuvimo proceso požymis; bronchiškas alsavimas, kuris yra dešiniųjų plaučių audinių sustandėjimo padarinys. Šitie reiškiniai konstatuojami kaip tik plaučių džiovos pažengusios stadijos atveju.

Tačiau, norint nustatyti tikrą ir absoliučią diagnozę, reikėtų padaryti dar du tyrimai: tat bus skreplių tyrimas ir rentgeno nuotrauka.

Padarę mikroskopišką skreplių tyrimą, beveik kiekviename regėjimo lauke radome, tiesa, nedaug, tačiau po 1—2 tuberkuliozines lazdeles. Kad šituo atveju turime reikalo su džiova, jau įrodyta; bet rentgenas dar įgalintų pažinti patologiškai anatominį plaučių procesą. Rentgenas plaučių ligose dažnai vaidina tokį vaidmenį, kaip sekcija in vivo. Padaryta ligoniu rentgenograma parodė šiuos pakitimus (žiūr. 1 atv.)

Torakalinio stuburo nežymus konveksinis scoliosis dextra. Kairioji krūtinės pusė yra susiaurėjusi. Vidurinis šešėlis ypatingai nepakitęs. Širdis nežymiai nustumta į kairę. Dešiniųjų plaučių viršūnėje milžiniška kaverna (beveik kumščio didumo). Žemiau daugelyje vietų matomi diseminuoti židiniai. Kairiuosiuose plaučiuose matome intensyvių dėmių, kurios užima beveik visus kairiuosius plaučius; prie kairiojo širdies krašto matomas intensyvus patamsėjimas. Šitas dėmes ir patamsėjimą lengvai galime identifikuoti, kaip kalcio susitelkimą, greičiausia, pleuroje.

Dešinioji diafragmos pusė patraukta į viršų. Kairiosios diafragmos linijos visiškai nematyti; ji yra arba patraukta į viršų. arba padengta suaugimais.

Rentgenologiška diagnozė yra ši:

Stuburo scoliosis. Krūtinės kairiosios pusės susitraukimas. Sukalkėję pleuros suaugimai kairiojoje pusėje. Caverna magna kairiųjų plaučių viršūnėje. Diseminuoti židiniai dešiniuosiuose plaučiuose. Diafragmos suaugimai.

Diagnozė gana aiški: rasta pažengusi džiova su daugybe patologiškų pakitimų.

Bet kas mus šituo atsitikimu ypačiai domino ir todėl vertė šitą atsitikimą aprašyti, tai jokių diagnostinių sunkumų nebuvimas. Mes esame įsitikinę, kad mūsų gydytojai šitokios ligos diagnozę sugeba greitai nustatyti. Įdomus mums yra šitas atsitikimas del to, kad čia galėjome stebėti, kas atsitinka, kai džiova būna visiškai negydoma. Gydytais atsitikimais retai mes randame tokių milžiniškų kavernų. Retai taip pat matome tokių sukalkėjusių suaugimų, kurie žymiai apsunkina plaučių kvėpavimą ir širdies veikimą.

Aukščiau nurodytais statistiniais duomenimis negydyti ligoniai, ypač turį kavernų, greitai žūna per keletą metų. Čia vis delto matome, kad ligonis, kuris savo kaverną jau turi mažiausiai 10 metų, o gal ir ilgiau, yra dar tebegyvas ir jo likimas, kad ir yra nuspręstas, bet gyvenimo dienų ar mėnesių, o gal ir metų, nustatyti nėra galima.

Šitas atsitikimas mus primygtinai verčia dar pagalvoti apie tokius negydytus atsitikimus ir apie ligonio apkrečiamumo nežinojimą. Kiek žmonių šitoks ligonis per savo 17 metų ligą apkrėtė ir kiek iš jų mirė? Šitas ligonis per visą laiką sėjo aplink save ligą ir mirtį.

II. Hypertonia.

1940 metų liepos mėn. 9 d. ligonė Č. N. kreipėsi į mane del šių nusiskundimų:

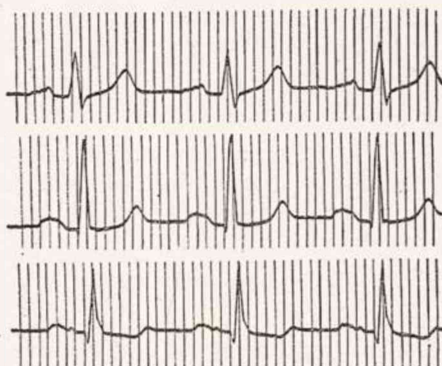
Keletą mėnesių ji turinti galvos skausmus. Skaudą strėnas. Sutinstančios kojos, ypačiai kojų pėdos. Blogai mieganti. Greitai pavargstanti.

Ligonė turi 49 metus, ypatingomis ligomis nesirgusi.

Apžiūra parodo ligonės gerą mitybą, galima sakyti, kad ji yra nutukusi, ką mes dažnai pastebime pas poklimakterinio periodo moteris.

Širdies kairioji riba padidėjusi. Širdies viršūnės ir aortos I tonas rastas suskilęs (dvilypis). Kraujospūdis 150/90.

Diagnozė buvo lengva nustatyti. Suskilęs dvilypis pirmasis tonas dažnai pasitaiko hipertonijos atveju. Hypertonia 150 su žemu diastoliniu skaičiumi pasitaiko gėrybinių formų hipertonijos ir sklerozės atvejais.

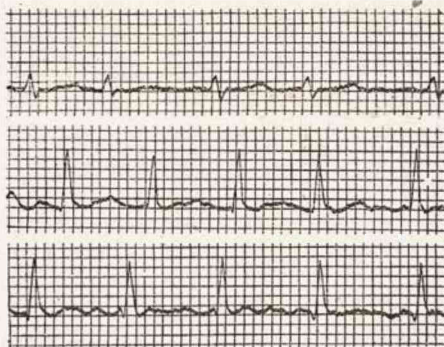


1 elektrokardiograma.

Elektrokardiograma ypatingų pakitimų neparodė. Rastas tiktai suskilęs P visose derivacijose, kas aiškinama prieširdžių hipertrofija. P mūsų kardiogramoje taip pat yra nenormaliai išsiplėtusi, kas pasitaiko prieširdžių hipertrofijos ir diliatacijos atvejais. P ir Q protarpis yra lygus 0,2 sek., kas yra aukščiausia riba (žiūr. 1 elektr.). Todėl mūsų diagnozė buvo ši: Hypertonia su konsekutyvine cardiopathia.

Ligonis antrą kartą pas mane atsilankė po 4 mėnesių, skųsdamasis sunkiu dusuliu ir turėdamas visiškai netaisyklingą tvinksnį. Kaklo venos smarkiai unduliavo, lūpos cyanoziškos.

Elektrokardiograma štai ką parodė (žiūr. 2 elektr.):

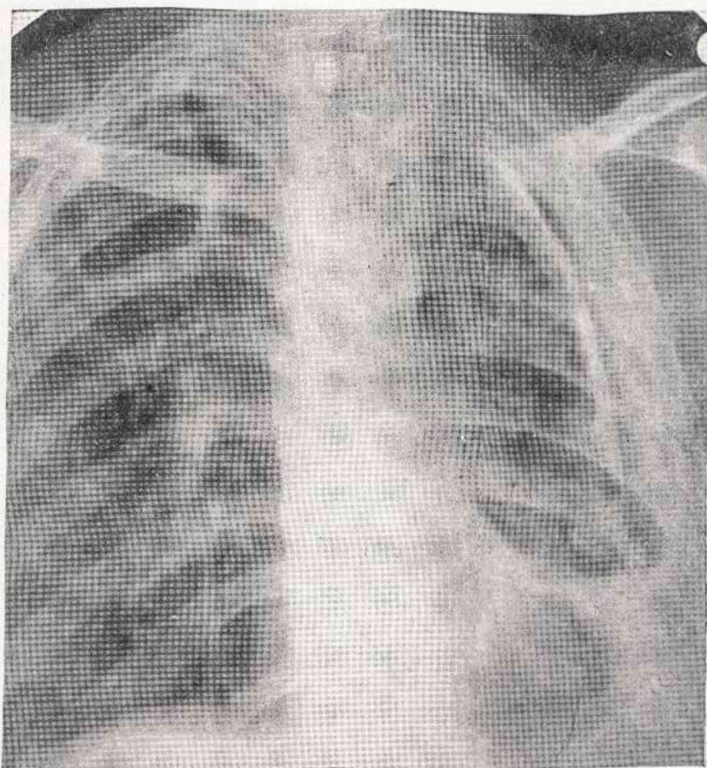


2 elektrokardiograma.

Arhythmia, tvinksnis 120 kartų per minutę. Skilvelio komplekso forma yra normali. T dantelio nustatyti nėra galima, kadangi izoelektrinė linija čionai susilieja su visa eile netaisyklingų dantelių. Taip pat negalima tikrai pažinti ir atskirti prieširdžio dantelio P.

Širdies visiška arhythmia, kaip mes matome čionai kardiogramoje ir kiek galėjome nustatyti kliniškai, yra įtartina kaip prieširdžio virpėjimas. Iš tikrųjų, šitie danteliai, kuriuos matome sekant vieną po kito, yra daugybė P dantelių, kurie yra

Prie d-ro L. Goldšteino straipsnio „Užrašai iš praktikos. I. Plaučių tbc.“, 426 psl.



Rentgenogramoje matoma:

Stuburo scoliosis; krūtinės kairiosios pusės susitraukimas; sukalkėję plėuros suaugimai kairiojoje pusėje; caverna magna kairiųjų plaučių viršūnėje; diseminuoti židiniai dešiniuosiuose plaučiuose; diafragmos suaugimai.

Diagnozė: Toli pažengęs tbc. pulmonum.

atsiradę del prieširdžio susitraukimo. Tie danteliai vietomis yra pertraukti bangų, kurios pakyla aukščiau izoelektrinės linijos. Iš to galima spręsti, kad čia bus mišri prieširdžio drebėjimo bei virpėjimo forma.

Kardiografas mums šituo atsitikimu padeda absoliučiai nustatyti diagnozę. Tiesa, mes negalime neigti, kad absoliuti arhythmia yra nustatoma ir kliniškai, palpuojant tvinksnį, ieškant širdies tvinksnio deficito, stebint venų unduliaciją, išklausant širdies tonus etc. Bet iš tų akustinių bei taktilinių duomenų chaoso mes kardiografo pagalba gauname reguliarų ir aiškų vaizdą; galima sakyti, kad šita grafiška metodė padeda išnarplioti sudėtingą situaciją.

Grafiškai mes galime visai tiksliai nustatyti skilvelio susitraukimo dažnumą. Galime taip pat nustatyti prieširdžio susitraukimo dažnumą ir iš vadinamo delirium cordis, kaip yra pavadinta šita aritmijos forma, gauname suprantamą, pasakyčiau, ritmišką aritmiją.

Kardiografiškas širdies tyrimas kai kuriems kolegoms dar atrodo nereikalingas žaidimas. Daugeliu atsitikimų šita metodė yra būtina ir jinai be abejojimo įgalina mus giliau įžvelgti į širdies patologiškas funkcijas.

Bet dar viena mintis ateina mums į galvą. Tat yra prieširdžio virpėjimo buvimas hipertonijos atveju. Tat, tiesa, nėra naujiena. Visi apie tai žino, bet vis tiek pasitaiko ne dažnai. Dažniau prieširdžio drebėjimas pasitaiko stenosis mitralis atveju.

Bet kodėl apskritai atsiranda prieširdžio drebėjimas? Yra nuomonė, kad stenosis mitralis atveju, pvz., drebėjimas atsiranda del prieširdžio pakenkimo. Kitais atsitikimais manoma, kad ekstrakardinių nervų refleksiškas veikimas sužadina prieširdžio drebėjimą.

Hipertonijos drebėjimas laikomas ekstrakardinės kilmės. Bet kaip tik mūsų atsitikimas pirmoje kardiogramoje parodė prieširdžio pakitimus, ir dabar retrospektyviai galiu pasakyti, kad prieširdis jau tada buvo priešdrebėjiminėje padėtyje. Del to manytina, kad čionai drebėjimas įvyko ne refleksiškai, bet del organinio prieširdžio pakenkimo.

III. Dermatitis.

Šita jauna, elegantiška ir graži ligonė, kuri čia pateko į mūsų užrašus, mane aplankė keliolika kartų. Kiekvieną kartą del tos pačios ligos, kuri nelabai harmonizavo su ligonės išvaizda ir jos rūpestingai prižiūrimu kūnu. Be to, šita liga versdavo ją kasytis. Ji sirgo dermatitu.

Laikas nuo laiko, be jokios sistemos, be aiškios priežasties, ant kūno paviršiaus, ypačiai pilvo ir pečių srityje, jai atsirasdavę įvairios formos ir įvairaus didumo didesnių ir mažesnių raudonai-rausvos spalvos dėmių. Šitos dėmės vietomis turėjo

papulės formą; apčiuopiant buvo jaučiama eksudacija, kaip ir urtikarijos atveju. Exanthema niežėdavusi. Šitas išbėrimas po 2—3 dienų pranykdavęs.

Kurių nors bendrinių reiškinių, ekzantemai atsiradus, nebūdavę. Temperatūra visą laiką būdavo normali. Vidaus organuose nieko ypatingo nebuvo randama. Kraujo vaizdas normalus. Eozinofilijos nebuvo.

Šitas išbėrimas, pavadinsime jį dermatitu, buvo mums tiesiog mįslė. Ilgai negalima buvo nustatyti jo etiologijos.

Iš karto galvojome apie medžiagos apykaitos susirgimą. Ekzemų, resp. ekzantemų, pastebime diabetes mellitus, uratinės diatezės, virškinamųjų takų susirgimų, pankreaso sutrikimų atvejais. Bet išvardytų ligų reiškinių čionai neradome.

Buvo galvota apie idiosinkraziją prieš kurį nors valgį, kaip mes tat pastebime disponuotiems žmonėms valgant žemuoges, bet ir tat nepasitvirtino. Galvojome apie kurio nors vaisto, kaip antai: antipirino, fenacetino, migrenino, piramidono arba chinino, — veikimą. Mūsų ligonė šitų vaistų nevartojusi.

Mums yra žinoma, kad veronalis, gyvsidabris, neosalvarsanas, jodas ir bromas gali sukelti dermatitą. Bet ir šitų vaistų mūsų ligonė nevartojusi.

Raktą mįslei išspręsti vieną dieną ligonė pati man įteikė į rankas. Ji pastebėjusi, kad dermatitis visada atsirasdavęs tada, kai ji dėvėdavusi tam tikrą dirbtinio šilko suknelę, pirktą užsienyje. Paaiškėjo, kad mums nežinomo agento chemiškas veikimas kiekvieną kartą, kada ligonė nešiodavo minėtąją suknelę, veikdavo toksiškai ir sužadindavo dermatitą.

Mūsų spėjimas greitu laiku pasitvirtino. Ligonė daugiau nebedėvėjo kalbamos suknelės, ir dermatitis daugiau nebesikartojo.

IV. Angina pectoris.

Mašinistas K. K., 34 metų amžiaus, dvejus metus sergąs širdimi. Jisai vaikščiodamas dažnai pajuntąs skausmus širdies srityje. Skausmai būną stiprūs, tarsi kas suspaustų jo širdį replėmis. Skausmai atsiliepią į kairiąją ranką. Ligonis turįs sustoti ir, valandėlę palaukęs iki skausmams nurimstant, galįs toliau keliauti.

Gydytojui, išgirdusiam iš ligonio tokį jo nusiskundimą, tučtuojau ateina į galvą mintis apie angina pectoris diagnozę. Ir šituo atsitikimu mes turėjome galvoje angina pectoris galimumą. Pasakysiu, dar daugiau: mums atėjo mintis apie stenosis coronaria, kuri duoda tokios rūšies angina pectoris priepuolius. Kaip visiems, tur būt, žinoma, angina pectoris yra tiktai simptomas, kuris pasitaiko daugelyje ligų. S c h e r f, pvz., skiria: 1) angina pectoris myokardinio infarkto atveju, 2) ang. pect. koronarinės stenozės atveju, 3) ang. pect. mitralinės ir aortos

stenozės atvejais, 4) ang. pect. kraujospūdžio krizės atveju, 5) ang. pect. sunkios anemijos atveju, 6) ang. pect. plaučių embolijos atveju, 7) ang. pect. klimakteriumo atveju ir t. t.

Kaip aukščiau pasakyta, mes pas savo ligonį įtarėme koronarinę stenozę esant, nes šitai diagnozei nustatyti radome visus būdingus šitos ligos požymius.

Kurie yra svarbiausi šitos ligos simptomai?

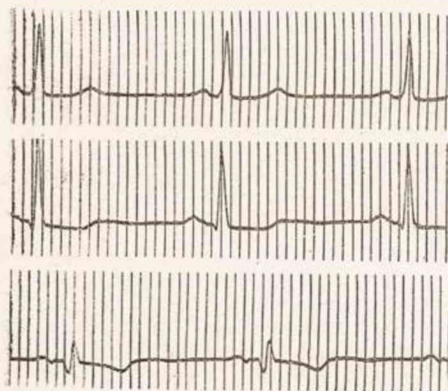
1. Skausmai, kurie atsiranda, ypačiai fiziškai bedirbant, arba susinervinus. Šitie skausmai greitai praeina. Jie trunka ne ilgiau, kaip keletą minučių. Ligonis, pajutęs skausmus, sustoja arba liaujasi dirbęs, ir skausmai tuojau sumažėja ir praeina.

2. Kaip antras svarbus simptomas yra nitritų veikimas šitai angina pectoris rūšiai. Davus nitroglicerino, skausmai praeina. Koronarinės trombozės atveju nitritai nesumažina skausmų.

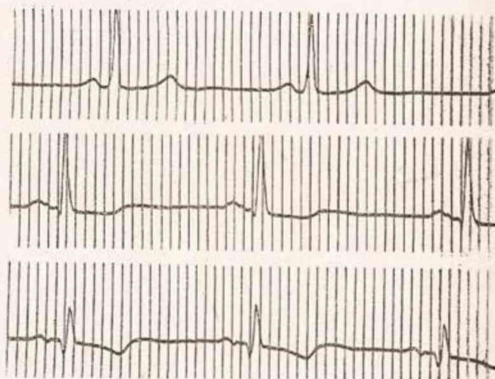
3. Koronarinės stenozės priepuolio atveju randame padidėjusį kraujospūdį. Tačiau šitas simptomas nevisada esti.

Taigi, norėdami nustatyti savo ligoniui koronarinę stenozę, turime remtis daugiausia subjektyviais reiškiniais. Mūsų atsitikimu ligonis buvo apsidraudęs ir todėl reikėjo objektyviai nustatyti ligonio stovis ir įrodyti mūsų diagnozės tikrumas.

Tam buvo padaryta elektrokardiograma. Štai ką ji parodė (žiūr. 3 ir 4 elektrokardiogramas):



3 elektrokardiograma.
(prieš apkrovimą)



4 elektrokardiograma.
(po apkrovimo)

Širdies normalus ritmas. Skilvelio komplekso forma normali. Tarpinė dalis visose derivacijose nusileidusi. T_1 — teigiamas. T_2 — difuziškas ir T_3 — neigiamas. Apkrovus šitie reiškiniai darosi dar aiškesni. Kartu su klinišku vaizdu, resp. su anamnezės duomenimis, buvo galima visiškai tiksliai nustatyti diagnozė: angina pectoris stenosis coronaria atveju.

Šitas atsitikimas mums dar kartą objektyviai rodo elektrokardiogramos reikalingumą. Tuo tarpu kai kas mano, kad šitos rūšies grafiška metodė yra nereikalinga ir dažnai yra tik žaidimas. Nepadarius elektrokardiogramos, negalima buvo nustatyti ligonio nusiskundimų tikrumo.

Записки из практики.

I. Туберкулез легких.

Описывается случай заболевания легких туберкулезом, который не был лечим. В результате 17-летняго существования болезни у больного найдена громадная каверна в правом легком, диссеминация и об'извествление всей левой плевры.

II. Гипертония.

Описывается случай гипертонии с кардиопатией. Электрокардиограмма обнаружила гипертрофию предсердий. Спустя два месяца больная явилась с явлениями дрожания предсердий. Автор делает вывод, что дрожание предсердий при гипертонии не есть рефлекторного происхождения, как некоторые авторы полагают, а последствие поражения предсердия.

III. Дерматит.

Кратко описывается болезнь молодой женщины, этиология коей долго оставалась невыясненной. Оказалось, что дерматит появлялся только при пошении юбки из искусственного шелка.

IV. Грудная жаба.

Автор, описывая случай коронарного стеноза, приходит к заключению, что об'ективно эту болезнь точно можно установить посредством электрокардиограммы.

Aus der Praxis.

I. **Lungen tbc.** Es wird ein nicht behandelter Fall der Lungen tbc beschrieben. Als Resultat wurde nach 17 Jahren eine Kaverna in der rechten Lunge, Dissemination und Verkalkung der ganzen linken Pleura konstatiert.

II. **Hypertonie.** Fall von Hypertonie mit Cardiopathie. Das Elektrocardiogramm stelte eine Hypertrophie der Atria fest. Nach 2 Monaten kam die Kranke mit Erscheinungen der Atriazitterungen. Der Autor meint, diese Zittererscheinungen bei der Hypertonie sind nicht reflectorischer Herkunft, wie einige Autoren das behaupten, sondern Folge der Atrialaesion.

III. **Dermatitis.** Ein Fall (eine junge Frau), dessen Aetiologie lange Zeit unklar war. Schliessilch wurde festgestellt, dass die Ursache in dem Tragen eines Rockes aus Kunstseide bestand.

IV. **Angina pectoris.** Fall einer Coronarstenose. Der Autor kommt zum Schlusse, dass diese Erkrankung objektiv festgesteltt werden kann mit Hilfe eines Cardiogrammas.

Referatai.

Vidaus ligos.

9. Stracker, O.: **Myogelozen.** (Myogelozės) („Die ärztl. Prax.". 1938 m. 10 nr., 250—252 psl.).

Ligi neseniai buvęs ginčijamas myogelozės buvimas. Švedų masažistai sutikę smarkų pasipriešinimą del jų gydomosios metodės pagrindo buvimo. Mat, buvę ginčijama, kad galėtų atsirasti raumenyse gumbų, sukeliančių skausmus. Pagaliau 1921 m. Lange ir Schade įrodę raumeninių mazgų buvimą, o Hartmann įrodęs tokių židinių buvimą ir jungiamajame audinyje. Abejojimo priežastimi buvusi histologinių duomenų stoka: tokių išpjautų gumbelių preparatuose buvęs randamas tiktai taisyklingas raumeninis audinys.

Tačiau lavonuose ligi raumenims sustandėjant galima buvę įrodyti tokių mazgų buvimas, taip pat narkozės metu. Klausimą išaiškinęs organizmo koloidinių skysčių stovis, kurie normaliomis sąlygomis yra skysti („sol"), užtat paveikus tam tikroms įtakoms (žemai temperatūrai, cheminiams veiksniams), jie pereiną į kietą stovį („gel").

Ligoniai skundžiąsi tam tikrose organizmo vietose skausmais, panašiais į skausmus po gimnastikos pratimų, be to, jaučią tūlose vietose styrumą, ypatingai vaikščiojant. Raumenyse apčiuopiami žirnio ar riešuto didumo mazgai, kurie, smarkiai paspausti, sužadiną duriamąjį skausmą. Šitie mazgai randami dažniausiai raumenyse, retai poodiniame audinyje.

Norint juos surasti, oda reikią padaryti slidi, ištepant ją parafinine alyva arba muilu, paskui ligonis paguldyti taip, kad jo raumenys būtų visiškai atsipalaidavę (paguldant kniūpsčią, kai tiriami pečių raumenys ir apatinių galūnių sulenkiamieji raumenys), žiūrint, kad ir jo sąnariai atitinkamai būtų sulenkti. Tyrimai atliktini labai švelniai, norint išvengti viso raumens apsiginamųjų susitraukimų. Taip pat tirtina raumenų aplinka ir kitų grupių raumenys, susiję savo veikla su tiriamuoju.

Panašiai kaip in vitro, „sol" nušalimo įtakoje pereina į „gel"; tuo pačiu būdu susidaro organizme viena iš svarbiausių priežasčių myogelozei išsivystyti, ypačiai dar veikiant drėgnumui, del ko atsiranda šaltis, tipiški skausmai ir pastyrimas. Iki šiol žiūrėdavo į nušalimą geriausiu atveju kaip į dirvos paruošimą bakteriniams procesams; dabar į jį galima žiūrėti kaip į veiksnį, betarpiškai sukeliantį ligą (ypačiai dažnai myogelozės pasitaikančios drėgnose ir šaltose vietose, pvz., Anglijoje, Šiaurės vandenyno srityse).

Antroje vietoje, kaip myogelozės priežastis, stovi žymios raumenų pastangos, pvz., sportuojant arba dirbant tam tikrose profesijose (rašymas, grojimas fortepijonu). Tolimesnes priežastis sudarą statiški sutrikimai, kilę del plokščios pėdos, kaulų lūžimo, sąnarių sustyrimo, šleivų kelių arba stuburo iškrypimo; taip pat užgavimai, kaip, pvz., sąnarių išnirimai arba nikstelėjimai, galį sužadinti mazgus ant pėdų ar kelių sąnarių. Taip pat chroniški sąnarių pakitimai (arthritis deformans klubų sąnariuose, stubure ir t. t.), įsisenėję klubo sąnario išnirimai — parodą dažnai myogelozę.

Pagaliau po gripo, tonsilių uždegimo, židininių infekcijų pasitaikančios myogelozės; čia reikia pridurti, kad ne visos infekcijos ją sužadinančios. Esant vidinės sekrecijos liaukų sutrikimams (svarbiausiai hypogenitalismus), panašiai kaip medžiagų apykaitos sutrikimų atvejais, susidarą mazgai visame kūne; gydymas šitais atvejais galįs suteikti palengvinimą, tačiau mazgų pastoviai nepašalinąs.

Mazgai apskritai randami ten, kur esąs nepakankamas kraujo atplūdimas, būtent, arti raumenų prisikabinimo arba prie jų laisvų kraštų.

Apatinių galūnių srityse dažniausiai myogelozės susidarymo priežastimi esanti plokščia pėda, kurios atveju mazgai randami raumenyse, priešakiniuose ir užpakaliniuose blauzdos raumenyse; pastarajame mazgai lokalizuojąsi paprastai viduriniame krašte prie blauzdikaulio briaunos. Ši-

toje vietoje taip pat randami uždegiminiai veniniai mazgai, del ko galį būti sunkumų nustatant diagnozę, kuri turinti didelės svarbos gydymui pritaikyti. Venų susirgimo atveju sustorėjimai gulį tučtuojau po oda, duodasi apčiuopiami įtempus raumenį; myogelozės atveju mazgas esąs apčiuopiamas tiktai raumeniui atsipalaidavus, jis būnąs pailgas ir dažniausiai gulįs viduryje raumens. Kelio skausmai galima priskirti prie myogelozės, kai randami ne prie sąnario vidurinio krašto, bet iš užpakalio jo arba aukščiau sąnario in musculo sartorio, kuris daugiausia nukenčiąs esant šleivam kelio sąnariui. Taip pat arthritis deformans atveju skausmai galį reikštis ne pačiame sąnaryje, bet priklausomuose raumenyse. Apatinės galūnės srityje taip pat galįs pasitaikyti pseudoischias, parodąs teigiamą Lasegues'o reiškinį, nes raumenys taip pat pasiduodą ištempiami. Bragard paskelbęs šito reiškinio atmainą: darąs jis papildomai nugarinį galūnės sulenkimą; jei skausmas padidėjąs, tai nustatomas tikrasis ischias; myogelozės atveju, kuri paprastai pasireiškia in musculo bicipite, m. semitendinoso, m. semimembranoso ir in m. gluteo, šitaip sulenkiant skausmai nepadidėją.

Nugaros srityje pasitaikanti myogelozė arba savarankiškai, arba kaip susirgimas, lydįs tarpstuburinių sąnarių uždegiminius procesus arba žymesnius stuburo iškrypimus, ypačiai, kai liguisto proceso spaudžiamos užpakalinės nervų šakelės. Tuomet nugaros raumenys netaisyklingai ištempiami ir del to išsivystanti myogelozė.

Labai dažnai pastebimi, ypačiai moterims, skausmai melmens (kryžiaus) srityje, palaipsniui didėją ir ypač stiprėją liemenį lenkiant į pryšakį. Seniau šitų skausmų priežastimi buvę laikomi moterų susirgimai (retroflexio uteri, priedėlių uždegiminiai pakitimai). Dabar žinoma, kad dažnai melmens skausmų priežastimi būnanti myogelozė, lokalizavusi paprastai in musculo erectore trunci ir kitų raumenų priekabuose. Lumbago atveju taip pat didelį vaidmenį vaidinanti myogelozė, pasireiškianti čia dažniausiai nušalimo, infekcinių ligų įtakoje arba del didelio raumenų įtempimo bedirbant bei besportuojant. Šitais atvejais atitinkamas gydymas paprastai duodąs puikių pasėkų; jų negaunant patikrintini inkstai, o toliau išskirtini spondylitis, augliai ir sąnarių reumatas.

Panašiai kaip lumbago, staiga pasireiškiąs sprando skausmas, paprastai sukeltas skersvėjo, nušalimo arba drėgnumo (galvą trenkant); taip pat ir kai kurių chroniškų galvos skausmų atveju pavykstą nustatyti myogelozė. Tarpstuburkaulinių sąnarių uždegimas, versdamas nenormaliai laikyti galvą arba liemenį, taip pat būnąs myogelozės priežastimi. Viršutinių galūnių srityje myogelozė dažniausiai siejasi su periarthritis humeroscapularis; dilbio myogelozė pastebima kai kuriose profesijose (pvz., raštininkiškas mėšlungis).

Gydymas. Myogelozę gydant stengiamasi raumenims grąžinti jų taisyklingas stovis. Tam tikslui taikomas masažas pagal Lange's metodę, pavadintą gelotripsija. Masažas darytinas labai energingai, kas esą gana skausminga; išmasažuoti mazgai sugrumdomi, sulamdomi pirštų galais; be to, norint spaudimo jėgą padidinti, antrąją ranka sustiprinama masažuojamoji ranka, uždėjus pirštų galus ant paskutinių masažuojamos rankos pirštų sąnarių. Jeigu mazgai guli giliai, tai masažuojama į kumštį sulenktos rankos krumpliais. Masažas trunka 15—30 min. per 8—10 seansų. Kad ligonis nejaustų skausmų, prieš pradedant masažą masažuojamoji vieta anestezuojama. Toks stiprus masažas palieka ligonio odoje pėdsakus pavidalu paraudonavimo, kuris vėliau pereina į gelsvai — žalią spalvą, apie ką ligonis iš anksto perspėjamas.

Myogelozei pažinti apčiuopiant mazgus esąs būtinas geras anatomijos mokėjimas; taip pat reikią mokėti nugalėti sunkumai diferencijuojant myogelozę nuo kitų susirgimų. Ir todėl myogelozės masažą turįs atlikinėti pats gydytojas *L. Melamedas* (Vilnius).

VAIKŲ LIGOS.

11. Spence, A. a. E. Scowen: **Further observations on the hormone treatment of the imperfect descent of the testis.** (Nevisiško pautelių nusileidimo harmoninis gydymas), („Lancet" 1938 m. II t., 983—987).

Autoriai, pasirėmę išdavomis, gautomis gydant 65 asmenis, turėjusius nevisišką vienašalį arba abišalį pautelių nusileidimą, aptaria indikacijas hormoniniam gydymui ir jo vertę.

Kiekvienu nevisiško pautelių nusileidimo atveju reikią turėti galvoje šie galimumai:

1) tikrasis kriptorchizmas, kai pautelis (resp. pauteliai) yra pilvo duobėje arba kirkšniniame kanale, bet nesiduoda iš ten išvedamas į kapšelį;

2) vad. paslankus pautelis („retractile testis"), t. y. kai pautelis yra kirkšniniame kanale, bet duodasi išvedamas iš jo į kapšelį; pautelis paprastai yra kapšelyje, bet lengvai pasislepia, ypačiai tyrimo metu, kirkšniniame kanale;

3) pautelis yra už kapšelio ir užimąs vad. paviršutinę kirkšninę padėtį, t. y. guli išorėje nuo m. obliquus abdom. ext. sausgyslės.

Hormoninio gydymo išdavos buvusios sėkmingos 100%, kai buvo turimas paslankus pautelis. Tačiau šitos išdavos negalima laikyti pareinančiomis nuo gydymo, nes pauteliai anksčiau ar vėliau savarankiškai nusileidžia į kapšelį ir del to nereikalingi bet kurio gydymo. Paviršutinės kirkšninės pautelio padėties atveju (diagnozė buvusi patvirtinta vėliau ant operacinio stalo) hormoninis gydymas buvęs nesėkmingas; tat visiškai suprantama, nes pautelis, kuris, praėjęs kirkšninį kanalą, išsikišo už m. obliquus abd. ext. sausgyslės, paklydęs iš savo kelio ir galįs būti nuvestas į vietą tiktai operatiško įsikišimo pagalba.

Paviršutinės kirkšninės pautelio padėties diagnoziniai reiškiniai esą šie: pautelis gulįs labiau paviršutiniškai, negu esąs išorinėje kirkšninio kanalo dalyje pautelis; pautelis, pastūmėtas kanalo kryptimi, nekeičiąs savo paviršutinės padėties, tačiau esąs kanale pautelis sunkiai duodąsis apčiuopiamas; pautelis duodąsis pastumiamas šlaunies kryptimi, ko negalima padaryti su kanale gulinčiu pauteliu; pautelis, pastūmėtas į apačią, pasirodąs nuošaliai nuo kapšelio pagrindo, pautelis gi iš kanalo — pačiame pagrinde. Šitie reiškiniai didesne atsitikimų dalimi įgaliną ankstyvą paviršutinės kirkšninės pautelio padėties nustatymą, kas leidžia išvengti brangaus ir iš anksto pasmerkto nepasisekti gydymo.

Likusiais tikrojo kriptorchizmo atsitikimais sėkmingų išdavų gauta: 45% vienašalio ir 58% abišalio kriptorchizmo atveju. Ligonių amžius svyravo nuo 5 iki 26 metų; iš 7 ligonių, vyresnių kaip 18 metų, pautelio nusileidimas gautas tik 2 (29%). Geriausių padarinių gauta apskritai tik pas tuos ligonius, kurių pautelis buvo galima apčiuopti. Nesėkmingai gydytais atsitikimais kaip nepasisekimo priežastimi laikoma — be amžiaus vyresnio kaip 18 metų — anatominio pobūdžio kliūtys, rastos operuojant (suaugimai, pautelio atrofija, išorinio žiedo užakimas, kirkšninio kanalo stoka), taip pat ankstyvesni operatiški įsikišimai (orchidopeksija, herniotomija); vos tik 2 ligoniams negalima buvę surasti hormoninio gydymo nesėkmingumo priežasties.

Priešingai negu kiti tyrinėtojai, autoriai negalėję pastebėti, kad hormoninis gydymas būtų buvęs sėkmingas vien tik tuomet, kai kriptorchizmą lydi lytinių organų neišsivystymas arba aiški dystrophia adiposogenitalis; šitų sutrikimų, bent didesniu laipsniu pasireiškusių, gydytieji ligoniai neturėję. Kirkšnies hernijos buvimas neturįs įtakos prognozei; kai kada pasitaiką, kad kartu su pautelio nusileidimu pasidaranti hernija, kuri, žinoma, esanti reikalinga operatiško gydymo.

Hormoninio gydymo metodika: autoriai vartoję gonadotropinį (liuteininį) hormoną, gauta iš nėščių moterų šlapimų; šitas hormonas buvęs

švirkščiamas į raumenis 2 kartu per savaitę po 500 žiurkių vienetų jaunesniems ir po 1000—1500 vienetų vyresniems asmenims (mažesni daviniai nesėkmingi). Gydymo efektas pasireikšdavęs po 2 savaičių iki 6 mėnesių, kai kada po 9 mėn. Pauteliui nusileidus, gydymas buvęs tęsiamas dar 1—2 mėn. pautelio grįžimui perspėti. Keletą kartų buvę stebėta netolerancijos reiškinių, bet jie buvę lengvi ir greitai praeiną; vos tik vienas ligonis parodęs tokį žymų jautrumą, jog reikėjo jis nujautrinti didėjančiais daviniais nuo vieno žiūrkės vieneto aukštyn.

Prieš nevisiško pautelių nusileidimo hormoninį gydymą iškelti 2 pagrindiniai priekaištai, būtent:

1) kad gonatropinis hormonas kai kuriems asmenims sužadinęs penis'o hipertrofiją, tačiau ne tokią didelę, kad ji galima būtų laikyti patalogiška; vis delto turint galvoje šitą galimumą, nereikėtų šito gydymo taikyti jaunesniems kaip 10 metų amžiaus;

2) kad gonadotropinis hormonas galįs sukelti pautelių išvisimą (degeneraciją); šitas spėjimas paremtas bandymais; tačiau pasirodę, kad pautelių išvisimas buvęs sukeltas ne gonadotropinio hormono, bet antigonadotropinių substancijų, atsirandančių organizme, įvedus svetimos rūšies hormono, pvz., žmogaus hormono žiurkėms (R o w l a n d s, T h o m p s o n); todėl autoriai vartodavę vien tik iš nėščių moterų gautą hormoną ir nestebėję po to jokių žalingų komplikacijų.

Išvados:

1) Indikacijas hormoniniam gydymui sudarą kriptorchizmo atsitikimai, įvykę ne del anatominio pobūdžio kliūčių.
2) Tinkamiausias amžius tokiam gydymui 10—14 metų.
3) Vidutinis davinys 500 žiurkių vienetų 2 kartu per savaitę.
4) Geriausią prognozę duodą tie atsitikimai, kuriais pautelis yra apčiuopiamas ir paslankus kirkšnių kanale; prognozė esanti geresnė abišalio kriptorchizmo atveju, negu vienašalio.
5) Per 6 mėn. taikyto hormoninio gydymo nesėkmingumas su dideliu tikrumu rodąs anatominių kliūčių buvimą ir sudarąs indikaciją chirurgiškam gydymui. *L. Melamedas.*

12. W i s s l e r, H.: **Die Pseudokavernen bei kindlichen Pneumonien.** (Tariamosios kavernos vaikų pneumonijose) („Arch. f. Kndhlk." 1938, 113 t., 16 psl.).

Tariamosios kavernos supratimas siejasi su apskrito, griežtai aprėžto prašviesėjimo tamsesnio plaučių audinio fone vaizdu, kuris niekada neprieina prie griuvimo. Tariamosios kavernos išvaizda esanti labai panaši į tikrosios kavernos išvaizdą. Tariamosios kavernos turinčios būti matomos prašviečiant ir fotografuojant visomis kryptimis. Išimtį sudarą maži švelnūs prašviesėjimai, likę po pleuros susirgimų.

Autoriaus patyrimas esąs išimtinai tariamųjų kavernų, kilusių besergant plaučių uždagimu, stebėjimais. Autoriaus medžiagą sudarą 12 tokių atsitikimų, labai tiksliai stebėtų tiek kliniškai, tiek radiologiškai. Iš 12 stebėtų vaikų 9-iems kaverna atsiradusi periode po t°-ros kritimo. 6-iais atsitikimais rentgenologiškos nuotraukos buvusios daromos daug kartų, taip kad tariamoji kaverna buvę galima stebėti nuo jos atsiradimo.

Vienu atsitikimu tariamoji kaverna mažo prašviesėjimo pavidalu atsiradusi 12 dieną t°-rai kritus; mėnesiui praėjus, šita kaverna žymiai padidėjusi, 3-mis atsitikimais tariamoji kaverna pasirodžiusi pakilusios t°-ros metu, be to, vienu atsitikimu įvykusi komplikacija krūties spenelių uždegimu. Daroma diagnostinė klaida tariamųjų kavernų atžvilgiu, kad vaikai, kurių t°-ra pasidariusi normali, daugiau nebebuvę tiriami radiologiškai. Jauniausias kūdikis, pas kurį nustatyta tariamoji kaverna, turėjęs 10 mėn., vyriausias — 12 metų. Tvirtų vaikų radiologiškas

vaizdas po dešin. plaučių uždegimo rodęs intensyvų patamsėjimą su įvairiai einančia pakilusios t°-ros kreive. 9-iais atsitikimais stebėtas pleuros dalyvavimas tarpskiltinių ruožų pavidalu. Tariamųjų kavernų vaizdas rastas vieną kartą apatinėje skiltyje, 11-ka atsitikimų — vidurinėje skiltyje, daugiau iš priekio. Kavernų forma buvusi apskrita arba apvali, lygiais kraštais, griežtai aprėžta.

Eigos atžvilgiu nustatytas jų nykimas kartu su priplūdimo nykimu. Kartais jų susidarą daugiau. Be to, galinčios didėti ir likti ilgesnį laiką. Kartu su jų išsivystymu tekę stebėti, kad jos lydėjusios uždegiminio audinio priplūdimo rezorbcijos procesą. Kadangi jos lydinčios visada gijimo procesą, tiktai retai jos terandamos skrodžiant.

Diferencijuojant tenka turėti galvoje šie susirgimai: plaučių abscesas ir aprėžtas savistovus plaučių pneumothorax'as. Diagnostikai sunkumų taip pat gali sudaryti ir plaučių tuberkuliozinės kavernos.

L. Melamedas.

13. Birk, W.; **Sinus'o punkcija pas žinduolį.** („Die Sinuspunktion beim Säugling), („Med. Klin." 1938 m. 37 nr., 1125—1227 psl.).

Intraveninė punkcija žinduoliams esą be galo sunku atlikti, nes venos alkūnės linkime yra padengtos storu riebalų sluogsniu ir del to nematomos, liesų žinduolių venos, tiesa, matomos, bet esančios labai plonos. Lengviau pavykstą patekti į smilkinio ir kaklo venas, bet jas punktavus dažnai būnąs žymus kraujavimas. Taigi, atvejais, kur norima gauti daugiau kraujo tyrimams arba įšvirkšti vaistai tiesiog į kraują, siūlomas, kaip tinkamas būdas, dar Tobler'o aprašyta prieš 25 mt., didžiojo momuonėlio punkcija.

Momuonėlis visada esąs atviras ligi pirmųjų metų pabaigos, o kartais ir vėliau, ir todėl šiuo metu ir galima sinus'o punkcija.

Technika. Žinduolis sodinamas ant auklės kelių, kuri stipriai laiko kūdikio rankutes ir galvelę; gydytojas punkciją daro užpakaliniame momuonėlio kampe, durdamas kryptimi į užpakalį ir į apačią ligi 8 mm. gilumo, kur patenka į sinus'ą, apie ką lengvai įsitikinama patraukus švirkšto stūmeklį.

Sunkumų galį susidaryti tik pas labai jaunus žinduolius minkštais kauliniais audiniais, nes, auklei spaudžiant galvą, momeniniai kaulai galį užeiti vienas ant antro ir užpakalinis momuonėlio kampas galįs nuslinkti nuo vidurinės linijos.

Originalus Tobler'o būdas esąs labai patogus, kai norima paimti kraujo tyrimams arba įšvirkšti nedaug skysčių; tačiau norint įšvirkšti daugiau skysčių, esą sunku išlaikyti kūdikis ilgesnį laiką nepatogioje padėtyje. Šitais atvejais autorius pataria punktuoti pryšakinį momuonėlio kampą, gulint kūdikiui aukštielininkam, o ne esant sėdinčiam. Šitoje vietoje sinus esąs kiek siauresnis, bet to visiškai pakanka adatai įvesti.

Vienintelis pavojus punktuojant sinus'ą galįs susidaryti, kai, judant galvelei, adata išslysta iš sinus'o; gydytojas turįs tat iš karto pajusti pagal pasipriešinimą bešvirkščiant; pagaliau, jei pora lašų cukraus arba druskos skiedinio ir patektų už sinus'o ribų, tai nebūsią nieko baisaus; tačiau nereikią švirkšti tokių preparatų, kurie gali sukelti audinių nekrozę, k. a., salvarsano, calcium chloratum ir t. t., o taip pat kardiazolio ir koramino, nes jie sužadina toniškus mėšlungius, o sunkesniais atvejais ir kloniškus.

Į momuonėlio sinus'ą švirkštini šie preparatai: 1) hipertoninis (20%) druskos skiedinys, kuris esąs labai naudingas gydant melaeną neonatorum; jis galima švirkšti kartu su coagulen'u arba clauden'u ne didesniais kiekiais kaip 3 ccm, nes didesni kiekiai galį sukelti kvėpuojamųjų takų sutrikimus; 2) hipertoninis vynuoginio cukraus skiedinys, taikomas apsinuodijimo maistu atvejais; autorius suvartoja 30% skiedinio 10 ccm 1—2 kartu per dieną; didesni kiekiai galį susargdinti kvėpuoja-

muosius takus; 3) izotoniniai valgomosios druskos (Ringer'io) skiediniai bet kuriais kiekiais nesibijant jokių komplikacijų; 4) sinus'o punkcija esanti beveik vienintelis kelias kraujui perpilti; autorius tam tikslui vartojąs išimtinai švirkštus gerai pritaikytu stikliniu stūmekliu, nes vartojant Rekord'o švirkštą arba specialius aparatus žymiai sunkiau nustatyti, ar adata yra išsitraukusi iš venos; kraujo perpylimas atliekamas labai iš lėto, stebint be pertraukos kūdikio elgesį, ypač jo kvėpavimą. Pasireiškus kvėpavimo sutrikimams, nutraukiamas kraujo perpylimas (tat pat liečia hipertoninius skiedinius švirkščiant) ir suduodama keletą kartų per nosį ar pasturgalį ligi grįžtant į normą kvėpavimui. Tolimesnis kraujo perpylimas tą dieną jau nebedaromas; pakartoti galima tiktai po 2 dienų, bet ne didesniais kiekiais kaip 50 ccm. Paruoštas perpilti kraujas galima bent iš dalies suvartoti injekuojant kraujo serumą į raumenis.

Suglausdamas autorius teigia, kad sinus'o punkcija esanti techniškai lengvas įsikišimas, laisvas nuo pavojingų komplikacijų.

Referento pastaba. Sinus'o punkcija plačiai buvo vartojama buv. Viln. univ-to vaikų klinikoje tiek mokslo tyrimams, pvz., chlorui kraujyje nustatyti (doc. K a u l b e r s z - M a r y a n o v s k a), tiek gydomiesiems (izotoniniams, valgomosios druskos, gliukozės) skiediniams įvesti alimentarinės intoksikacijos atveju. Punkcijai buvusios vartojamos specialios adatos trumpai nupjautais ašmenimis ir išsikišimu, kuris kliudo adatai giliau įlįsti, ypačiai suleidžiant didesnius skiedinių kiekius. Kūdikis buvo guldomas aukštielninkas truputį į užpakalį nukarusia galva (tam tikslui po kaklu buvęs pakišamas mažas pagalvėlis).

Punkcija buvo daroma momuonėlio pryšakiniame kampe. Jokių komplikacijų nepastebėta, nors tų punkcijų buvo atlikta labai daug, ir iš savo pusės taip pat galime rekomenduoti šitą įsikišimą, žinoma, tiktai kliniškomis sąlygomis. *L. Melamedas*

AKUŠERIJA IR GINEKOLOGIJA.

3. Dr. E u g e n v. K o n r á d: **Über die Behandlungserfolge der Metropathia haemorrhagica mit Paradox-Hormonzufuhr.** (Apie gydymo išdavas gydant metropathia haemorrhagica paradoksiškais hormonais („Zntrl. f. Gynäkol." 1940 mt., 27 nr.).

Autorius aprašo sinteziškai pagaminto vyriško lytinio hormono, t e s t o s t e r o n p r o p r i o n a t'o, veikimą metropathia haemorrhagica atveju. Testosteronproprionatas yra testosteronas, esterizuotas proprionine rūgštimi. Jis esąs gana veiklus. 10-je mgr. testosteronproprionato esą daugiau hormonų, negu 100 kg. jaučio kiaušelių. Moterų gimdymas šituo hormonu vadinamas paradoksišku gydymu. Eksperimentai su triušiais ir atsitiktinai su žmonėmis parodę, kad testosteronproprionatas stipriai skatinąs liuteinizaciją ir del to jis esąs taikomas metropathia haemorrhagica gydyti.

S c a g l i m e gydęs 57 moteris testosteronproprionatu, kurios turėjo stiprias polimenorėjas. Duodavęs 8—10 kartų injekcijomis po 5—25 mgr. Pasėkos buvusios geros. Didesnė dauguma moterų po 2 mėn. gydymo visiškai pasveikusios.

D e s m a r e s t ir C a p i t a i n e pritaikę testosteronproprionatą trimis sunkiais metropathia haemorrhagica atvejais, kur anksčiau joks kitas gydymas nepadėjęs. Jie duodavę kas antra diena po 10 mgr. Moterys nustojusios kraujavusios po savaitės. Po to sekęs amenorėjos periodas, ir vėliau atsiradusios normalios mėnesinės.

G r e e n h i l l ir F r e e d stebėję 22 nepagydomų kraujavimų atsitikimus, kur, švirkščiant kas antra diena po 20—50 mgr. testosteronproprionato kraujavimai po 8—10 injekcijų liovęsi. Kai kurioms moterims amenorėjos periodas užtrukęs net iki 82 dienų, o po to atsiradęs normalus mėnesinių ciklas.

Gerų rezultatų su testosteronproprionatu turėję L a c s k a, S t u r g i s. Ję švirkšdavę kas 2-ra ar kas 4-ta diena po 5,25 mgr. ir, suvartoję po 40—60 mgr., pasiekdavę pasveikimo.

Straipsnio autorius testosteronproprionatą išmėginęs metrorrhagia juvenilis atveju. Gydęs 17-liką jaunų kraujuojančių moterų. Daugumai jų anksčiau buvę vartoti corpus luteum hormonas ir prolanas, tačiau jokio pagerėjimo negauta. Visos moterys nuo testosteronproprionato nustojusios kraujavusios. 8-nioms jų po 5—6 savaičių amenorėjos vėl atsiradusios normalios mėnesinės, likusių gi 9-ių autoriui nepavykę apklausti.

Autorius, eksperimentavęs su triušiais, kuriems švirkšdavęs testosteronproprionato, gautais duomenimis papildo metropathia haemorrhagica etiologiją. Jo nuomone ne tik persistentiški folikuliai, ką tvirtina S c h r ö d e r, bet ir hipoluteinizacija esanti metropathia haemorrhagica priežastis. Testosternonproprionatas ne tik skatinąs luteinizaciją, bet ir sukeliąs pastovią gimdos kontrakcijos fazę ir tuo būdu stabdąs kraujavimą. Jo nuomone testosteronproprionatas esanti geriausia priemonė metropathia haemorrhagica gydyti. *J. Stankaitis.*

4. F r. H o f f m a n n: **Über die Wirkung des Nebennierenrindenhormons (Corticosteron) auf das Weibliche Genitale.** (Apie antinksčių žievinės substancijos hormono (corticosteron'o) veikimą moteriškiems lyties organams) („Zntrbltt f. Gynäkol". 1938 m. 49 nr.).

Autorius rašo, kad antinksčių žievinė substancija įvairių lytinių funkcijų fazių metu pakintanti, o K o l m e r laikąs ją antrine lytine liauka, kadangi ji gaminanti lytinius hormonus. E n g e l h a r t, duodamas infantiliškiems triušiams alkoholinio-eterinio antinksčių lipoidinio ekstrakto, sužadinęs folikulinui būdingą gimtuvės raumenyno ir gleivinės augimą.

Pasak C a l l o w ir P a r k e s, antinksčių lipoidų ekstraktas turįs tikrą corpus luteum hormono veikimą. Amerikiečių teigimu, antinksčių veikimas priklausąs nuo kiaušdėčių. Jie sako, kad, pašalinus kalėms antinksčius ir dirbtinai neįvedus jų hormonų, kalės trumpu laiku žūvančios. Tačiau, jei minėta operacija daroma ovuliacijos metu, arba jei prieš operaciją įvedama priekinės smegenų priedėlio (hypophysis) dalies hormonų, kurie skatina ovuliaciją, tai kalės išsilaikančios ilgiau. Tuo būdu esą aiškinama, kad morbus Addisoni dažniau būnąs vyrų, kaip moterų (G u t t m a n n, R. S c h m i d), tarpe.

Chemiškai žievinės dalies hormonas esąs giminingas su corpus luteum hormonu. Veiklioji substancija, kaip ir lytinių liaukų hormonai, priklausanti sterinų grupei. Jos cheminė formulė $C_{21}H_{30}O_4$ — c o r t i c o s t e r o n. Corticosteron'as nuo progesteron'o ($C_{21}H_{28}O_2$) — corpus lut. hormono — skiriasi dviem OH grupėmis. S t e i g e r ir R e i c h s t e n iš antinksčių išskyrę d e s o x y - c o r t i c o s t e r i n'ą — $C_{21}H_{30}O_3$, kuris esą tik O_2 grupe skiriasi nuo progesterono. Be to, R e i c h s t e n'ui pavykę iš antinksčių gauti ekstraktas, giminingas su vyrišku liaukų hormonu — andrenosteronu.

Autorius nagrinėja, kaip chemiškai grynas corticosteronas veikia folikulio ir geltonkūnio (corpus luteum) vystymąsi. Pastebėta esą, kad raguočiai, kurių antinksčiuose auga navikai, turį pubertas praecox. Tuo būdu esą aiškinama corticosteron'o įtaka kiaušdėtims.

C o r e y, B r i t t o n ir M a g l i a v a c c a tvirtiną, kad corticosteron'as stimuliuojąs kiaušdėčių veikimą, tačiau dauguma autorių esą priešingos nuomonės.

Esą iš antinksčių galima gauti kitas, gonadotropinis hormonas, kuris esąs identiškas su corticosteron'u. Šita gonadotropinė substancija esanti tik lytiškai subrendusių gyvulių antinksčiuose. Pastaroji skatinanti infantiliškų žiurkių folikulio nokimą ir kombinacijose su mažais prolano daviniais stimuliuojanti kiaušdėčių veikimą.

Autorius corticosteron'o įtaką gimtuvei tikrinęs su infantiliškais triušiais, švirkšdamas jiems kasdien po 0,5—2,5—10 mgr. po oda. Pastebėta, kad gimtuvė padidėjanti, raumenynas hipertrofuojąsis, padidėjanti hyperaemia, stroma išpurėjanti, o po 8 dienų gleivinėje atsirandanti sekrecija.

Corticosteron'o veikimas nėsąs giminingas su folikulinu, kadangi juo esą negalima sužadinti kastruotoms pelėms ir žiurkėms žvynų stadijos makštyse. Tuo būdu corticosteron'o veikimas esąs identiškas su corpus luteum hormono veikimu.

Autorius pataria antinksčių ekstraktą plačiai vartoti gydymui, kadangi progesterono kiekis antinksčiuose relatyviai esąs didesnis, negu kiaušdėtyse, be to, raguočių antinksčiai esą 12—14 gr. sunkesni už kiaušdėtis. Kaip antinksčių žievinės dalies homonai veikią mėnesinių eiga ir nėštumą, dar nežinoma. *J. Stankaitis.*

ODOS IR VENEROS LIGOS.

4. I. G. Simon: **Burnos tuštymo vilkligės (lupus vulgaris) gydymas bedruske dieta ir kortinu.** (Iš Maskvos odos tuberkuliozės instituto. Direktorius G. Ch. Chačaturian, mokslinis vadovas L. N. Maškilleison („Stomatologija" 1940 m. 5 nr.)

Iš 923 tirtų Maskvos liupozoriume sergančių odos džiova, 279 ligoniams procesas buvo lokalizavęsis burnos gleivinėje. Pagrindinės terapijos metodės, vartojamos odos tbc. gydyti, esančios tinkamos ir gleivinės tbc., bet efektas esąs žymiai mažesnis; ypač sunkiai pasiduodanti gydymui gingivų gleivinės tbc.

Maskvos institutas, taikęs per 5 metus dietos terapiją odos tbc. sergantiems, priėjęs išvadą, kad dieta esanti mažiau efektinga gydant gingivų tbc., o efektas esąs žymiai geresnis taikant tą pačią dietą odos ir gomurių gleivinės tbc. žaizduotoms formoms gydyti.

Pažymėjęs šitą faktą, Volk rekomenduoja gydant gingivų tbc sustiprinti dietos terapijos efektą gingivų gleivinės pridеginimais angliarūgšties sniegu. Dietos terapijos kombinacija su diatermokoaguliacija irgi duodanti neblogu rezultatų. Bet vis delto toks gydymas esąs reikalingas 6—7 mėnesių laiko.

Del to paskutinius dvejus metus autoriai darė bandymus, kombinuodami vilkligei gydyti bedruskę dietą su kai kuriais endokrininiais preparatais ir audinių diuretikais, tuo būdu stengdamiesi pasiekti geresnį terapinį efektą ir sykiu sutrumpinti gydymo laiką.

Einant J. S. Kaplanskio pasiūlymu pradėti taikyti tyreokrin'o, merkuzal'io ir kortin'o preparatai, veikią vandens ir mineralinę apykaitą audiniuose. Vartojant merkuzalį ir tireokriną, gydymo laikas sumažėjęs, bet burnos gleivinės procese ryškesnio efekto nepastebėta. Po to pradėta tirti bedruskės dietos su kortinu veikimas, pridedant dar C-vitamino. Kortino injekcijos iš pradžių buvusios daromos pradieniui, vėliau kasdien po vieną ccm. (maximum 2 ccm.) intra musculos. Jokios. nei bendrinės, nei židininės ar vietinės reakcijos nebuvę pastebėta. Vilkligės proceso paūmėjimas, kuris paprastai buvęs stebimas po dviejų savaičių, taikant vien bedruskę dietą, nebuvęs konstatuotas kombinuojant ją su kortinu.

Ligoniams priaugdavęs svoris, dažų indeksas padidėdavęs, vilkligės procesas odoje ir burnos tuštymo gleivinėse žymiai pagerėdavęs. Kortino bendras injekcijų skaičius siekdavęs 60—75, per 2—3 mėnesius bendras kiekis 60—75 ccm. Po 3—4 savaičių tbc. židiniai burnos tuštymo gleivinėse valdydavęsi, sumažėdavęs jų sultingumas ir hiperemija. Toliau mažėdavę uždegiminiai reiškiniai, kraujavimas eidavęs mažyn, židiniai darydavęsi plokštesni ir po 8—10 savaičių prasidėdavusi jų epitelizacija. Infiltracija laikydavusis ilgiau, bet po 8—10 savaičių ir ji sumažėdavusi.

Keliais atsitikimais efektui pagreitinti buvusi pavartota vien-ar dvikartinė diatermokoaguliacija. Kombinuota bedruskės dietos terapija su kortinu iš viso buvusi pritaikyta 20-čiai liupozininkų. Iš to skaičiaus suaugusių buvę 14, vaikų 6; vyrų 11, moterų 9. Tiktai su odos džiova 5, su gleivinės — 3. Sirgusių odos ir gleivinės džiova buvę 12 ligonių.

Autorius pateikia 5 ligos istorijas su tbc. proceso lokalizacija odoje ir burnos (gomurio ir gingivų) gleivinėje. Visiems buvusi taikoma bedruskė dieta su kortinu. Pirmam ligoniui iš viso duota 30 injekcijų kortino, antram — 45, trečiam— 50, ketvirtam — 90, penktam — 50. Papildomi veiksmai buvę daryti šie:

Pirmam ligoniui viršutinė gingiva buvusi tepama 40% spiritus resorcini ir likę hiperemuoti židinėliai apdirbti sulfuretu (eterio ir sieros rūgšties mišiniu); antram ligoniui dar buvusi pavartota viršutinio gomurio ir gingivos diatermokoaguliacija; trečiam — viršutinio gomurio diatermokoaguliacija. Visi ligoniai pasveikę.

Gydymo rezultatai leidžia eksperimentatoriams daryti šias išvadas:

1. Bedruskė dieta, turtinga C - vitaminais, kombinuojama su kortino injekcijomis, efektingai veikianti burnos tuštymo gleivinės liupozinį susirgimą.

2. Gydymo laikas kombinuojant bedruskę dietą su kortinu esąs trumpesnis, negu taikant vieną dietoterapiją.

3. Daugelyje atsitikimų terapiniam efektui pagreitinti rekomenduotina diatermokoaguliacija.

Pastaba: Bedruskėje dietoje sumažinamas angliavandenių ir skysčių kiekis, bet padidinamas vitaminų ir riebalų kiekis. Baltymų kiekis — 90, riebalų — 140, angliavadinių — 300. Bendras kaloritetas 2.700—3.000. Druska, kaip priedinis veiksnys, išskirta. Duona kepama be druskos.

I. Rochelzonas.

PATOLOGIJA.

1. Dr. med. hab. Eberhard Klar (Friedrichshain, Berlin): **Apie baltymų kūnelius, sukeliančius priešlaikinį gimdymą sergantiems blogybiniais navikais.** (Über den Nachweis des frügeburt-auslösenden Eiweisskörpers bei Kranken mit bösartigen Tumoren) („Ztschr. f. Krebsforschung" 1940 m. 50 t., 155 p.).

Ankstyvas ir tikras blogybinių navikų diagnozavimas esąs sunkus ir klinikoje ir praktikoje, todėl sugalvota visa eilė laboratorinių metodžių su mažesnėmis ar didesnėmis paklaidomis, kurios palengvinančios karcinomos diagnozę.

Elsasser ir Wallace pranešimai, kad sergančiųjų piktybiniais navikais šlapimuose esančios medžiagos, panašios į ovulum hormoną (Eizellenhormon), buvusi proga autoriui šitą įrodymą pavartoti karcinomos diagnostikai.

Baltymų kūnelių, kurie aprašyti kaip panašūs į ovulum hormoną, esą daug kiaušinėliuose (Eizellen), mažesniais kiekiais įvairiuose parenchiminiuose organuose, ir esąs įrodytas šitų medžiagų buvimas karcinomos masėse. Injekavus šitų medžiagų nėščioms pelėms, gaunamas priešlaikinis gimdymas. Kiekis medžiagos, injekuotos nėščiai pelytei, kuris po 10 val. sužadina priešlaikinį gimdymą, vadinasi ME pelės vienetas.

Šlapimų paruošimas esąs paprastas ir daromas šitaip: imami trijų dienų surinkti šlapimai, pridedama druskos rūgšties iki pH=5,4 (Lyphan Blatt 665,8) ir centrifuguojama. Liekanos atskiedžiamos natrio šarmu ir vėl atnaujinama iki pH=5,4. Norint išvalyti ir pašalinti toksiškas medžiagas, reikia taip pakartoti iki trijų kartų. Liekanos, atskiestos viename ccm., bus šarminės, tad reikia prieš injekciją jos suneutralinti.

Autorius daręs bandymus su 25 ligoniais, kurie sirgo piktybiniais navikais, ėmęs jų šlapimus, išskyręs baltymų kūnelius ir injekavęs nėščioms pelėms. Visais atsitikimais gavęs teigiamus rezultatus. Kontro-

lei tyręs 33 ligonius, kurie tikrai nesirgę piktybiniais navikais. Čia gavęs 24 neigiamus ir 9 teigiamus. Klaidingai teigiamus rezultatus davę ligoniai, sirgę leukaemia lymphatica, apoplexia, anaemia perniciosa, pneumonia, tuberculosis, endocarditis ir asthma bronchiale.

Iš literatūros esą žinoma, kad ir kitos reakcijos duodančios klaidingai teigiamus rezultatus, pvz., polarografinė ir Freund-Kaminer'o reakcijos esant nėštumui, Sehrt'o — esant anemijai, o tuberkuliozės atveju — Sehrt'o, Freund-Kaminer'o ir polarografinė reakcijos. Uždegiminių procesų atvejais klaidingai teigiamus rezultatus duodanti Freund - Kaminer'o reakcija. Kitos reakcijos duodančios ir klaidingai neigiamų rezultatų, o šitas bandymas klaidingai neigiamų rezultatų nedavęs. *K. Rimkus.*

Klinikos ir praktikos patyrimas

× Sulfanilamido veikimo mechanizmo tyrinėjimai.

J. S. Lockwood ir H. M. Lynch iš savo bandymų in vitro išveda, kad sulfanilamidas veikiąs žalingai hemolizinį streptokoką, stafilokoką, pneumokoką ir bakterium coli, įsiterpdamas į šitų bakterijų medžiagos apykaitą. Jie mano, kad sulfanilamidas mums dar nežinomu būdu atimąs bakterijoms galimumą naudotis maistu. Tuo maistu jie šitoms bakterijoms laiko peptoną. Kuo daugiau esą peptono bakterijų augimo vietoje, juo geriau galinčios maitintis tos bakterijos. Kuo daugiau peptono, juo daugiau reikią sulfanilamido, kad jis dar galėtų paveikti bakterijas. Todėl, pvz., sulfanilamidas blogai veikiąs esant pūliniams ar smarkiai sužalotiems audiniams, nes ten esą daug proteolitinės medžiagos. Veikiant sulfanilamidui, bakterijos mirštančios nuo bado ir autolizės ir visiškai nereikią fagocitozės. Veikimas esąs geresnis tuo atveju, kai nėra audinių griuvimo, pūlinių ir pan., o yra tik bendrinė septicemija. („J. A. M. Ass.“ 1940 114, 935 p.). *A. Čeičys.*

× Intraveninis ir rektinis sulfapiridino vartojimas.

Whittemore, Roysler ir Riedel pavartojo 10% sulfapiridino skiedinį fiziologiškame tirpale plaučių uždegimui gydyti. Jie duodavo iš pradžių 20 ccm ir po 4—6 val. vėl 20 ccm. Po tokių davinių paprastai praėjus 12-kai val. krisdavusi temperatūra ir ligonis pasveikdavęs. Sulfapiridino kiekis kraujyje svyruodavęs tarp 3,7 iki 6,3 mg%. Bet kartais tekdavę davimas pakartoti (iki 10 kartų), kai temperatūra nekrisdavusi arba, kritusi, vėl pradėdavusi kilti. Blogų padarinių gauta tik empyemų atvejais.

Rektinį būdą pavartojo nesunkiai sergantiems. Dažnai reikdavę duoti dar ir per os. Ištirpydavę 6 g sulfapiridino 100 ccm vandens ir pridėdavę 0,66 iki 1 g natr. bicarbon. Kas 2—3 val. duodavę 2-jų gramų klizmą. Veikimas buvęs silpnesnis kaip per os, todėl vartotinas tik lengvais atvejais. Visais atvejais buvusi pavartota sulfapiridino natrio druska, kuri gerai tirpsta vadenyje. („J. A. M. Ass.“ 1940 114).
A. Čeičys.

× Sulfapiridininiai akmens inkstuose.

N. Plummer ir Tr. Mc. Lellan tyrė du asmenis, kurie buvo gavę sulfapiridino ir turėjo inkstų akmenis. Tie inkstų akmenys pasirodė esą susidarę iš sulfapiridino. Kaip parodė vieno mirusio asmens tyrinėjimai, kuris iš viso gavęs 555 g sulfapiridino, akmenys uškemšą inkstų kanaliukus ir sukelią hematuriją. Bet šitie akmenys galį ir ištirpti, jei būsianti gera diurezė. Autoriai stebėjo vieną tokį atsitikimą, kur iš pradžių pyelograma rodė esant akmenis, bet po 12 d. jie buvę jau vėl pranykę. Paimti iš pūslės akmenys buvę iš sulfapiridino.

Autoriai pataria duodant sulfapiridiną dažnai tirti šlapimus ir, pasirodžius hematurijai, paliauti preparatą davus. („J. A. M. Ass". 114, 943).

W. A. Stryker histologiškai nustatė acetil-sulfapiridino kristalus inkstų kanaliukuose. Jie praplečią tubuli contorti ir glomerulinės kapsulės tarpą, nes sulfapiridino cilindrai būna arti Henle's kilpų. Tuo būdu atsiranda savo rūšies hidronefrozė. („J. A. M. Ass." 114, 953).

A. Čeičys.

× **Rachito profilaktika.**

1940 m. V. 14—19 d. Vienoje buvo „Medicininškoji savaitė", kurios metu prof. Fr. Holtz parodė filmą, vaizduojančią rachito eigą žmogaus organizme ir kovą su šita liga. Apie kova su angliškąja liga Holtz padarė įdomių išvadų, kurias čia trumpai pacituosime iš „D. m. W." 1940 m. 33 nr.:

Visuomenei šita liga yra tuo svarbi, kad gaunama pastovių. organizmo pakenkimų. 70% kyfoskoliotikų yra buvę rachitikai; imant naujokus į kariuomenę iš industrinių sričių, netinka apie 25% visų jaunų vyrų, kurie turi stuburkaulio iškrypimus. pėdų suplokštėjimą ar sulinkimą, žiaunų ir dantų sutrikimus ir t. t. Angliškąja liga sergą daugiausia didesnių miestų gyventojai, kurių kiemuose ir gatvėse yra maža saulės šviesos. Natūralinių gyvenimo sąlygų nepakanka visiškai išvengti rachito. Būtinai reikalingos įvairios dirbtinės priemonės, kad rachitas tikrai nepaliestų vaikų, ypač miesto gyventojų. Profilaktika reikią pradėti jau nėštumo metu, nes embriono organizmas galįs susikrauti D-vitamino. Maždaug nuo 4-o nėštumo mėnesio reikią motinai duoti kalcio su fosfatu, nes tuo metu prasideda didesnis tų druskų pareikalavimas. Nepatartina duoti vien kalcio be fosfato, nes kalcis atitraukiąs iš organizmo fosfatą. Maždaug nuo 5 mėn. vaisius pradeda krauti D-vitaminą. Nuo to laiko motina turėtų būti švitinama kvarco lempa. turėtų gauti žuvies taukų, D-vitamino preparatų. Kūdikiai taip pat turi gauti progos naudotis antirachitinėmis priemonėmis: ultravioletiniais švitinimais, D-vitamino teikimu duodant apšvitintą pieną ir mieles. vigantolių. žuvies taukais. Angliškoji liga esanti D-vitaminozė ir jos galima išvengti, sudarius sąlygas odoje pasigaminti D-vitaminui. Odoje randamas cholesterinas ir ypatingai dehidrocholesterinas, kuris saulės ar dirbtinių saulės spindulių įtakoje virstąs kūno D_3-vitaminu. Dehidrocholesterinas esąs D_3-vitamino provitaminas. Saulės šviesos spektras nesąs palankus angliškajai ligai išvengti, nes turįs palyginti nedaug ultravioletinių spindulių. Be to, saulėtų dienų dažnai esti neperdaugiausia. Todėl tenką griebtis dirbtinių ultravioletinių spindulių šaltinių, pirmiausia moderniškų gyvsidabrio lempų. Tų lempų degiklis reikią gerai prižiūrėti. dažnai alkoholiu nuvalyti nuo dulkių. kurios mėgsta prie kvarco prisvilti ir tada nebepraleidžia vertingųjų spindulių. Degiklio amžius tuo ilgesnis, juo pastovesnė srovės įtampa. Rachito profilaktikai esą įprasta švitinti tris kartus per savaitę. Pradedama nuo 2 min. ir didinama iki 10 min. kiekvienai kūno pusei: lempos atstumas nuo kūno 100 cm. Po 20 švitinimų 4 savaičių pertrauka ir po to vėl 20 švitinimų. Kadangi D-vitaminas, pasigaminęs odoje, organizme kraunamas, tai profilaktiškai pakanką ir trijų švitinimų per mėnesį, pradedant nuo 2 min. kiekvienai kūno pusei.; lempos atstumas maždaug 80 cm. Pieno švitinimas esąs nebrangus. su viena lempa per valandą galima apšvitinti 400 litrų pieno. Švitintos mielės taip pat vertingas D-vitamino šaltinis. „Vigantolstos'ui" autoriaus nuomone turėtų būti duodama 15 mg D-vitamino vienu kartu, nes mažesnis davinys neduodąs ilgesnės apsaugos. Tokis „Vigantolstoss" duotinas 2—3 mėn. kūdikiui. Žuvų taukai lengvai sukelią virškinimo sutrikimus. Autoriaus nuomone Vokietijoje kasmet susergą apie 25% vaikų rachitų. Todėl visur reikalinga plati rachito profilaktika! Tuo būdu būsią išvengta daug invalidų, paliegėlių, kurie valstybei kasmet daug kaštuoja. *A. Čeičys.*

× **Sunkus febrilinis jodizmas gydant hipertireoidizmą.**

Apskritai yra manoma, kad 1923 m. Plummer'o įvestasis hipertireotikų gydymas jodu neduodąs jokių negeistinų reakcijų. Boothby, pvz., iš 9000 atsitikimų nesumini jokių rimtesnių komplikacijų, kurių priežastis būtų jodo veikimas arba perdozavimas. Autoriai duoda apžvalgą 400 atsitikimų. Septyniais atvejais po jodo davinių buvęs aukštas temperatūros pakilimas ir tas pakilimas nebuvęs del kurios nors kitos priežasties. Vienas atsitikimas buvęs fatališkas.

Jodas buvęs duodamas arba Lugol'io skiedinio pavidalu (jodo 5,0., kalium jodatum 10,0 ir vandens iki 100 ccm), arba kaip prisotintas kalium jodatum tirpalas (100,0 kalii jodati ir aq. dest. ad 100,0). Lugol'io tirpalo davinys būdavęs tarp 0,3 ir 0,6 ccm, vidutiniškai—3 ccm per dieną. Kalium jodatum duodavę nuo 0,3 iki 2 g per dieną; dažniausiai buvę skiriamas mažesnis davinys ir gydymas trukdavęs 8—21 dieną, bet kai kurie vaistus imdavę ir daugiau kaip 4 savaites.

Jodizmas pasireikšdavęs karščiu, odos išbėrimais (dažniausiai papuloziniais), sloga, ryklės paraudimu, padidėdavusios limfinės liaukos ir būdavusi leukocitozė su ryškia eozinofilija. Vienu atveju buvusi gelta. Vieno mirtingo atsitikimo atveju buvę rasti miliariniai uždegiminiai židiniai apie kraujo indus įvairiuose audiniuose ir organuose.

Atsiradus idiosinkrazijos reiškiniams, gydymo toliau tęsti nebegalima, nes paprastai stovis blogėjąs. Praėjus ilgesniam laiko tarpui, kartotinis jodo davimas galįs ir nebesukelti febrilinės reakcijos, bet dažniausiai būnąs ryškesnis poveikis. Kartu su jodu visais atvejais buvę duodami ir sedativa — barbitūrinės r. preparatai. (W. H. Barker ir W. B. Wood: „J. A. M. Ass." 114, 1029 p.). *A. Čeičys.*

× **Koncentruotas žmogaus serumas—diuretikas nefrozėje.**

C. A. Aldrich ir H. Boyle specialiu būdu koncentruodavę žmogaus kraujo serumą, gautą iš kraujo davėjų, ir švirkšdavę į venas vaikams, sergantiems nefroze. Ankstyvios terapijos atvejais padariniai būdavę labai geri: greit nykstančios edemos, sumažėjąs svoris ir šlapimuose visiškai pranykstą baltymai. Visai neveikiąs toks gydymas, kai šlapimuose randama eritrocitų. — Jei liga jau buvo trukusi ilgiau kaip 6 savaites, tai padariniai būna ne visuomet geri. Paprastas kraujo perpylimas ir hipertoniško gliukozės skiedinio išvirkštimai diurezinio veikimo neparodę, nors buvę panaudoti anksčiau tiems pacientams.

Koncentruoto serumo reikią duoti iš karto didelis davinys (po 50—70 ccm), nes maži daviniai, pvz., po 10 ccm visai neveikdavę. Kartais padėdavęs vienas įšvirkštimas, kartais reikėdavę keletą kartų pakartoti. Nefrozės recidyvų metu tokis gydymas veikdavęs taip pat gerai. Serumas specialiu būdu buvęs koncentruojamas iki miltelių, o po to atmiešiamas fiziologišku tirpalu tiek, kad išeitų 4 kartus koncentruotesnis („J. A. M. Ass." 1940. 114, 1062 p.). *A. Čeičys.*

× **Efedrino ir adrenalino veikimas ūminiam pankreatitui.**

Autoriai stebėjo tris pankreatito atsitikimus, kur, panaudoję efedriną dideliais daviniais, gavę puikų veikimą: skausmai pranykdavę visai arba žymiai sumažėdavę, pilvo pūtimas taip pat sumažėdavęs. Dviem atvejais vis delto buvusi daryta laparotomija ir rastas tikrai ūmus pankreatitas.

Autoriai cituoja daug francūzų darbų, kuriuose jau seniau buvo aprašytas geras adrenalino poveikis tokiais atvejais. Visur pabrėžiamas šoko pranykimas, bendrinio stovio pagerėjimas, lividinių dėmių pranykimas. Operacijos metu buvę stebėta, kad suleidus adrenalino, pagerėjąs ne tik tvinksnis, bet ir vietinis kasos uždegimas sumažėjąs: ypatingai ryškiai matomas kolateralinės peritoneum'o (mesocolon, omentum etc.) edemos mažėjimas. Geras adrenalino poveikis skatindavęs gydytojus duoti vis daugiau adrenalino ir buvę pastebėta, kad tik dideli daviniai duodą gerų

padarinių. Išvadoje autoriai ūminio pankreatito atvejais pataria pavartoti didelius davinius: efedrino po 0,08 g pro die, adrenalino iki 5 mg pro die. Visas davinys išdalijamas per parą ir švirkščiamas būtinai į raumenis, nes duodant per os jokio veikimo nestebėta. Efedrino jie paprastai švirkšdavę po 0,04 iš karto; adrenalino — po 1 mg pro dosi. (J a c q u e t, P. T h i e f f r y, St., G. d e C h i r a c. „La presse méd." 1940. 1041 p.). *A. Čeičys.*

× **Citruotas kraujo plazmos vartojimas antriniam šokui gydyti.**

Šoko metu sumažėjęs plazmos tūris, bet eritrocitų lieką palyginti daug. Todėl tokiais atvejais esą geriau daryti plazmos, o ne kraujo transfūzija. Be to, plazmos transfūzija greičiau galinti būti atlikta, nes nereikią daryti kraujo tyrimų.

Autoriai gaudavę plazmą centrifuguodami citruotą kraują. 500 ccm kraujo imdavę 100 ccm 2% citrato fiziologiniame tirpale. Po to laikydavę 4°C pridėję 1:10.000 „merthiolate". Taip plazma galinti būti laikoma mažiausiai 3 mėnesius. Galima plazma sušaldyti ir išdžiovinti, o prieš pavartojant tik atmiešti vandeniu. Tokia sausa plazma galima vartoti labai ilgai. Autoriai duodavę po 250 — 500 ccm plazmos ir iš duotų 10 pavyzdžių visada buvęs greitas ir geras veikimas. Plazmą leisdavę maždaug po 10 ccm per minutę. Visais atvejais prieš plazmos infuziją buvę suleista 1—2 litrai fiziologinio skiedinio su gliukoze, bet veikimo nepastebėta, šokas didėdavęs.

Plazmos pavartojimas esąs patogesnis už kraujo transfuziją dėl lengvesnio jos konservavimo. (M. S t r u m i a, J. A. W a g n e r, J. F. M o n a g h a n. „J. A. M. Ass." 1940, 114, 1337 p.). *A. Čeičys.*

× **Reumatui gydyti**

V e l a s q u e z vartoja poodines natrio salicilato injekcijas. Jo vartojamas skiedinys esąs izotoniškas: 32,2 g natrio solicilato 1.000-je ccm vandens. Tokį skiedinį jis švirkščia kasdien po oda pradėdamas nuo 2 ccm, toliau 5 ccm, 10, 20, 50 ir iki 100 ccm. Kartais duodavęs net iki 200 ccm. Vartodavęs tokiais atvejais, kai negalėdavęs duoti vaistų per os. Poodinės injekcijos geresnės, kaip raumeninės ar veninės, nes atsirandanti po suleidimo sklerozė paliečianti tik odą. („Pr. med." 1940 772). *A. Čeičys.*

× **Ulcus ventriculi gydyti**

L a n d a u vartoja intravenines natrio bromido ir atropino injekcijas (Rp. Natr. bromati 10,0, Atropini sulf. 0,01, Aq. dest. ad 100,0). Kasdien viena injekcija 10 ccm. Greit pranykstą skausmai. Kartu taikąs dietinį gydymą. („Pr. med." 1940, 695). *A. Čeičys.*

× **Naujas būdas riebalams išmatose nustatyti.**

R. E h r s t r ö m riebalams išmatose nustatyti siūlo šį būdą: į pusę mėgintuvėlio eterio su stikline lazdele įdedamas riešuto dydžio išmatų gabalas ir gerai ištrinamas, kad pasidarytų suspensija. Tada suspensija filtruojama ir paliekama eteriui išgaruoti laikrodiniame stikle. Tuo būdu apytikriai esą galima nustatyti riebalų kiekis išmatose ir dar tie riebalai mikroskopiškai tiesiog ar nudažius sudanu ištirti. („Acta Med. Scand. suppl." 1938. 90, 298 p.). *A. Čeičys.*

× **Neigiamų Gruber - Widal'io reakcijų dažnumas žmonių vidurių šiltinės ir paratyphus susirgimų atvejais.**

Atradus vidurių šiltine sergančių žmonių serumo savybes agliutinuoti E b e r t h'o bacilus, buvę manyta, kad kliniškai rastas tikras, patikimas būdas šitai ligai diagnozuoti. Bet greitai pasirodė, kad ir šito simtomo ligos vaizde gali stigti, ypač sunkesniais ligos atvejais.

F. W. R o t h m a n n surinko 40 metų duomenis iš visos jam prieinamos pasaulinės literatūros ir visą medžiagą kritiškai iš naujo pervertino. Įvairių stebėtojų neigiamų G r u b e r—W i d a l'io reakcijų procen-

tas svyruojąs tarp 0,5 ir 76,5%. Iš 5.258 tikrų šiltinės susirgimų (patikrintų bakteriologiškai ar skrodimu) reakcija buvusi neigiama 396 atvejais arba 7,53%. Šitas vidutinis neigiamų reakcijų skaičius jau rodąs, kaip kritiškai reikią įvertinti reakcijos išdavos.

Kokybinė receptorių analizė, vartojant tikslesnės aglutinacijos metodes su O ir H aglutininais, duodanti daugiau teigiamų reakcijų. Taip, pvz., Delbove ir Brison, kurie su paprasta reakcija buvo gavę net 76 5% neigiamų duomenų, su O ir H aglutinacija neigiamų rezultatų turėję tik 14%. Kiti tyrinėtojai turėję net tik 2—1,6%. Tuo būdu, visais atvejais, kada nelauktai paprasta reakcija išeina neigiama, reikią pakartoti su H ir O aglutinacija. Jei ir tuo atveju išeinanti neigiama reakcija, tai dar negalima tvirtinti, kad nėsą šiltinės ar paratifo. Reikia pamėginti dar tirti V-i aglutininą. Jei ir tada negaunama teigiamų padarinių, tai galiausiai dar galima nespecifišku būdu aktyvuoti aglutininų gamyba ir tada atlikti tyrimas iš naujo. Aktyvuoti geriausiai Rosar'io būdu švirkščiant į raumenis sterilų pieną. („Kl. Wch." 1940, 1001 p.).

A. Čeičys.

× **Kuriais atvejais operuotina del „chroniško apendicito"?**

W. C. Alvarez (Rochester, Mayo Clinic), studijuodamas 385 ligonių istorijas, kuriems prieš keletą metų buvo pašalinta vienuogalė žarna, rado, kad iš 255 ligonių, be ūmaus apendicitinio priepuolio, po operacijos pagiję tik du, t. y. 0,8%. O iš 130 ligonių, turėjusių bent vieną ūmų priepuolį, po operacijos pagiję 87 ligoniai arba 67%. Priskaičius visus atsitikimus, kuriems šioks toks ligos palengvėjimas buvęs, pirmuoju atvejų teigiamų pasėkmių buvę 4%, o antruoju — 92%.

Ligonių grupėje, kurie niekuomet neturėjo ūmaus priepuolio, operuoti buvę nutarta dažniausiai del vidurių sutrikimo ar jautrumo, kuris buvęs kilęs del menkos konstitucijos, nuovargio, nervų nusilpimo, ar apskritai, del psichopatijos. Kitos priežastys buvusios panašūs į skrandžio ar dvylikapirštės žarnos opas simptomai ar tiesiog ulcus duodeni, migrenė, funkciška diarėja, jautrus colon, nerviškas riaugulys, tulžies pūslės liga ir t. t. Tik vienas toks ligonis po operacijos pagijęs visu stebėjimo laiku. Po operacijos tikrai pablogėję 24% ligonių. Trisdešimt keturiais atsitikimais blogos apendektomijos padariniai buvę priežastimi tolimesnių 68 laparotomijų, kurių didesnė dalis vėl nedavusi gerų padarinių. 73% ligonių su peritonitu po apendicito plyšimo nieku nesiskundę, nors peritoniniai suaugimai labai tikėtini. Tuo tarpu buvę daryta 15 bevaisių operacijų del „adhezijų" po apendektomijų, darytų intervale, nors nebuvo obstrukcijos reiškinių.

Iš 26 ligonių, turėjusių peritonitą, del adhezijų tekę operuoti tik du, nes buvę žarnų obstrukcijos reiškiniai. Autorius atmeta nuomonę, kad galima pagydyti neurotiko ar psichopato abdominaliniai nusiskundimai, jei jam bus įkalbėta, kad nuo vienuogalės žarnos ir po to ją pašalinti. Tokių atsitikimų padariniai esą be išimties blogi.

Iš tyrimų jis išveda dvi tikras indikacijas, kuriomis esant galima operuoti ir intervale:

1) Kai ligonis turėjęs vieną ar daugiau abdominalinių priepuolių, kur buvo įtariamas ūmus apendicitas, ir po to liko dispepsija, nusilpimas, jautrus coecum ir, gal būti, žarnų diegliai.

2) Kai šitie simptomai atsirandą jauniems žmonėms, kurie seniau buvo sveiki. Tokiais atvejais apendektomija dažnai pagydanti. Iš didelio skaičiaus ligonių pastebėta, kad operacija daugiausia gelbstinti ligoniams prieš 25 metus ir duodanti blogus padarinius po 25 metų amžiaus. Chroniškas apendicitas esąs viena rečiausiųjų intraabdomininių ligų, o ne viena dažniausiųjų, kaip būtų galima spręsti iš dažnų apendektomijų. („J. Am. Ass." 1940. 114, 1301 p.). *A. Čeičys.*

Mediciniškųjų organizacijų veikla.

I.

Akademikas prof. d-ras V. Kuzma.

LTSR MOKSLŲ AKADEMIJOS SMEGENŲ INSTITUTAS IR JO UŽDAVINIAI 1942 METAMS.

Morfologiškai, fiziologiškai bei eksperimentiškai ir kliniškai yra tiriama centrinė nervų sistema, ypač galvos smegenys, kaip žmogaus nervinės, psichinės veiklos substancija, į kurią dar V. I. L e n i n a s atkreipė dėmesį, kaip į „galvojimo organą" savo veikale „Materializmas ir empiriokriticizmas". Daug žadą moderniški smegenų citoarchitektonikos tyrimai turės ne vien tik teoriškos, bet nemaža ir praktiškos reikšmės, nes smegenų architektonika glaudžiai siejasi su jų funkcijų lokalizacija, į ką dar F. E n g e l s a s yra nurodęs savo veikale „Apie darbo vaidmenį beždžionės sužmogėjime".

Palyginti naujame smegenų architektonikos tyrime nemaža yra pasidarbavęs anksčiau buvęs Vilniaus smegenų instituto vedėjas prof. R o z e, lygiai kaip visi kiti šitos srities mokslininkai, k. a.: E k o n o m o, T i l i m o n o v a, buvęs mūsų un-to prof. L a n d a u (dabar Lozanoje) ir kt.

Nauja filo-ontogenetine smegenų išsirūtuliavimo kryptimi dabar labai įdomiai dirba Maskvos smegenų institutas, akademiko prof. N. N. B u r d e n k o ir kitų vadovaujamas, tirdamas centrinės nervų sistemos dinamiką sąsyjyje su didžiųjų smegenų struktūra. Tas smegenų institutas, galįs mums būti labai geru pavyzdžiu, turi nepaprastai turtingą medžiagą, pagrįstą individualiniais konkretiniais smegenų centrų lokalizavimo tyrimais.

Panašiai kaip Maskvos smegenų institutas, taip ir mūsų smegenų institutas Vilniuje, lygiai kaip ir galįs būti jo filijale Kaune Anatomijos instituto smegenų skyrius, dabar d-ro M a s a l s k i o vadovaujamas, turėtų rinkti žymesnių žmonių smegenis ir rinkti žinias apie tų žmonių savybes, kad galėtų objektyviai išaiškinti sąsyjį tarp smegenų struktūros ir jų funkcijų, atmetant pirmiau buvusius spekuliatyvinius, pareinančius iš vadovaujančios klasės socialinio užsakymo tyrimus.

Paviršutiniškas sprendimas apie žmogaus gabumus iš vingių ir vagelių turėtų užleisti vietą detališkam tyrimui smegenų architektonikos daugeliui pjūvių ir daugeliui palyginimų.

Jei kuriam nors klausimui moksliškai išaiškinti stigtų mūsų institutui jo turimos medžiagos, tai tos medžiagos galima būtų gauti kitose sąjunginėse respublikose ir atbulai.

Tuo būdu praktiškai artimiausioje ateityje mūsų instituto darbai turėtų apimti asmens (individo) išsirūtuliavimo tyrimą sąsyjyje su sociališkai ekonominiais faktoriais. Tat būtų darbas normalių smegenų tyrimo kryptimi.

Normalių smegenų, ypač jų žievių, tyrimas duotų daug naudingos medžiagos smegenų susirgimų bei pakenkimų diagnostikai.

Pavyzdžiui, iš mūsų chirurginės klinikos atsitikimų, operuotų prieš kelioliką metų del frontalinės smegenų dalies sužalojimo, arba del ruptura art. meningea media ir per keletą valandų arba net per keletą dienų buvusių be sąmonės pacientų, kurie prieš sužalojimą nebuvo pasižymėję gabumais, bet sugiję po sužalojimo, pasidarydavo nepaprastai gabūs, gerai mokydamiesi mokyklose, arba gana sumaniai atlikdami savo darbus. Šitų atsitikimų atskirų sužalotų vietų smegenų gabalėlių tyrimai daug neišaiškindavo. Tokiais atsitikimais Maskvos instituto pavyzdžiu reikėtų rinkti medžiaga visoms smegenims tyrinėti.

Toliau, smegenų bioelektrinių srovių tyrimo klausimas daug galėtų išaiškinti smegenų architektonikos savybių bei pakitimų, juo labiau, kad šitie bioelektrinės srovės tyrimai dabar yra galima registruoti ir per kaukolę.

LTSR Mokslų Akademijai pavedus prof. J. Žilinskui vadovauti smegenų institutui Vilniuje, bus jame sudaryta morfologinė bazė. Visapusiškam darbo išrūtuliavimui turėtų prisidėti, fiziologai, neurologai, neuropatologai, psichiatrai, patofiziologai, biochemikai ir chirurgai. Visų šitų mokslo sričių jėgos turėtų atlikti smegenų tyrimo darbą kompleksiniu būdu.

Pasirėmęs čia nurodytais sumetimais, smegenų institutas, atlikęs šiais 1941 metais susiorganizavimo ir susitvarkymo darbą, kitais 1942 m. galėtų imtis šių darbų:

1) Toliau tvarkyti turimą smegenų muziejų.
2) Rinkti žinias apie asmenis, kurių smegenys turimi muziejuje.
3) Tirti smegenų architektoniką.
4) Eksperimentiškai ir kliniškai tirti smegenų bioelektrines sroves.
5) Ruošti smegenų preparatus tobuliausiais naujais būdais savam institutui ir kitoms aukštosioms bei vidurinėms mokykloms, duodant tų preparatų tinkamus aprašymus bei jų tikslius gaminimo būdus.
6) Ruošti smegenų susirgimų diagnostikai vertingus paveikslus.
7) Išleisti savo instituto darbus atskirais leidiniais.
8) Įrengti ir sutvarkyti knygyną iš specialinės literatūros.

II.

Akademikas prof. d-ras V. Kuzma.

LTSR MOKSLŲ AKADEMIJOS ONKOLOGIJOS INSTITUTAS IR JO UŽDAVINIAI 1942 METAMS.

Mūsų krašto ūkio socialinė rekonstrukcija sudarė geras sąlygas ir mūsų liaudies sveikatingumo reikalams išrūtuliuoti. Todėl ir tokiam visur paplitusiam susirgimui, kaip vėžio liga, kuria, sulig pasaulinės statistikos, iš kiekvienų 100.000 gyventojų miršta 125 žmonės, turi būti taip pat sudarytos geros tyrimo sąlygos.

Tarybų Sąjungoje, kur kasmet priskaitoma apie pusę milijono gyventojų, sergančių vėžio liga, ir kur apie 20.000 žmonių kasmet miršta nuo tos ligos, jau yra gana rimti onkologijos institutai šitai ligai tirti bei jos gydymui tobulinti.

Mūsų krašto statistikos duomenys rodo, kad ir pas mus vėžio liga kasmet miršta iš kiekvienų 100.000 gyventojų apie 100 žmonių. Industrializuojant kraštą galima laukti, kad susirgimai šita vėžio liga bent kol kas negalės mažėti, nes yra žinoma, kad pramonės srityje vėžio ligos būna daugiausia.

Biologijos ir medicinos mokslininkai yra padėję gana daug pastangų ir darbo šitos ligos priežasčiai išaiškinti, bet visa tat davė iki šiol gana menkus rezultatus. Tuo būdu iki šiol mes dar nežinome šitos ligos etiologijos. Mums reikia ji surasti.

Kiek daugiau šviesos įneša į vėžio ligos pažinimą priešvėžinės organizmo būties tyrimas, kuriuo dabar domisi beveik visi rimti onkologijos institutai. Ir pas mus šituo klausimu yra gana rimtai dirbta — tat med. d-ro Starkaus disertacija bei kiti darbai.

Lygiagrečiai su vėžio ligos priežasties tyrimu eina ir šitos ligos gydymo tyrimai, kurie iki šiol yra davę jau daugiau gražių vaisių.

Nėra abejojimo, kad visose šitose tyrimo srityse galima būtų turėti žymiai daugiau teigiamų rezultatų, jei visas darbas būtų tobulai organizuotas, kad —

1) būtų įsteigtas centrinis onkologijos institutas, kurs vadovautų teoriškiems ir praktiškiems tyrimams;

2) būtų įsteigtos sergantiems vėžio liga prieglaudos, onkologijos instituto kontroliuojamos;

3) būtų tinkamai įrengtos onkologinės ligoninės, bent Vilniuje ir Kaune;

4) būtų organizuoti visose apskrityse onkologiniai dispanseriai;

5) būtų organizuotas plačios visuomenės supažindinimas su vėžio liga ir kova su ja;

6) būtų išmokslinti onkologai - specialistai vėžio ligai pažinti bei gydyti, bent rentgeno ir radio spinduliais;

7) būtų nustatyta tam tikra darbo metodika visose įstaigose, ir

8) būtų organizuotas vėžio liga sergančių patronažas namuose.

Onkologijos instituto bazę sudarytų buv. Draugija kovai su vėžio liga Kaune ir jos filijalės Vilniuje su turimomis onkologinėmis ligoninėmis. Vilniuje, Kaune ir kitur ir mūsų universitetų patologijos institutai bei prozektūros prie ligoninių.

Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato veikla.

I.

DĖL GRIEŽTOS IR TIKSLINGOS KOVOS SU EPIDEMINĖMIS LIGOMIS.

Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Taryba nutaria:

1. Mobilizuoti būtiną medicinos darbuotojų skaičių esamųjų sanitarijos - epidemiologijos etatų ribose.

2. Įvesti sergantiems epideminėmis ligomis privalomą gydymą ligoninėse, o įtariamiems ir užkrėtėjams — privalomą sveikatos tikrinimą ir, prireikus, izoliaciją.

3. Įvesti privalomą profilaktinį skiepijimą prieš vidurių šiltinę, dizenteriją ir difteritą.

Pavesti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisarui nustatyti vietą ir laiką privalomam skiepijimui.

4. Traukti baudžiamojon atsakomybėn atsisakančius skiepytis, vengiančius pasitikrinti sveikatą, nepasiduodančius izoliacijai ir vengiančius gulti į ligoninę.

5. Įpareigoti Komunalinio Ūkio Liaudies Komisarą ir apskričių bei miestų vykdomuosius komitetus sutvarkyti, Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato organų sanitarinėje priežiūroje, vandens tiekimo, kanalizacijos, asenizacijos ir sanitarijos įrengimus.

6. Sustiprinti geležinkelių, vandens kelių ir kitų susisiekimo priemonių bei žmonių susibūrimo vietų sanitaritę apsaugą.

7. Įpareigoti Lietuvos TSR Ryšių Valdybą skubiai pristatinėti adresatams priešepideminės tarnybos telegramas ir tuo reikalu visų rūšių kokoresponddenciją.

8. Pavesti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisarui, — susitarus su Komunalinio Ūkio Liaudies Komisaru, Lietuvos TSR Geležinkelių Valdyba ir Vidaus Reikalų Liaudies Komisaru, — leisti įsakymus bei instrukcijas šiam nutarimui vykdyti.

Lietuvos TSR LKT Pirmininko Pavaduotojas *J. Vaišnoras.*
Lietuvos TSR LKT Reikalų Valdytojas *A. Bauža.*

Kaunas, 1941 m. vasario 18 d. Nr. 140.

(„Vyr. nutar. ir potv. rink." 1941 m. 29 d. Nr. 8 (11), eil .197).

II.

LIETUVOS TARYBŲ SOCIALISTINĖS RESPUBLIKOS LIAUDIES KOMISARŲ TARYBOS NUTARIMAS DĖL PRIVALOMOJO SKIEPIJIMO PRIEŠ RAUPUS.

Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Taryba nutaria:

1. Piliečiai, gyvenantieji LTSR teritorijoje, turi būti skiepijami nuo raupų pirmaisiais gyvenimo metais (vakcinacija) ir pakartotinai (revakcinacija) 4—5 m., 10—11 m. ir 18—20 m. amžiaus.

2. Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatui ir miestų bei apskričių sveikatos apsaugos skyriams paliekama teisė nustatinėti privalomą pakartotiną skiepijimą (revakcinaciją) atskiroms gyventojų grupėms, šio nutarimo 1 str. nenumatytais atvejais.

3. Atsakomybė už laiku įskiepijimą vaikų iki 1 metų (vakcinacija) ir antrąjį įskiepijimą (revakcinacija) 4—5 m. ir 10—11 metų uždedama tėvams arba globėjams.

4. Apskričių ir miestų civilinės būklės aktų įrašų biurai įpareigojami kas mėnuo teikti atitinkamiems apskričių ir miestų sveikatos apsaugos skyriams žinias apie visus gimusius ir mirusius kūdikius iki 1 metų amžiaus jų aptarnaujamoje teritorijoje.

5. Draudžiama priimdinėti vaikus į vaikų įstaigas (lopšelius, vaikų darželius ir kt.), mokyklas, taip pat į aukštesniąsias mokslo įstaigas bei technikumus be vakcinacijos arba paskutinės revakcinacijos liudijimo pagal šio nutarimo 1 straipsnį.

6. Miestų namų valdytojai ir valsčių bei apylinkių vykdomieji organai įpareigojami kasmet pranešinėti atitinkamiems apskričių bei miestų vykdomųjų komitetų sveikatos apsaugos skyriams apie visus vaikus nuo 4—5 ir 10—11 metų amžiaus, pakartotinai neskiepytus, kad minėtieji sveikatos apsaugos organai galėtų pravesti šitų vaikų revakcinaciją.

7. Vietiniai sveikatos apsaugos organai įpareigojami vesti visų skiepytų asmenų grupių apskaitą pagal amžių ir išdavinėti liudijimus apie atliktą pirmąjį (vakcinaciją) arba pakartotinį (revakcinaciją) skiepijimą.

8. Vietiniai sveikatos apsaugos organai atsako už skiepijimo organizaciją, jos laiku pravedimą ir skiepijimo kokybę,

9. Išlaidos, surištos su skiepijimu (skiepų kaina, skiepytojų išlaikymas, kelionių išlaidos, dienpinigiai, specialūs drabužiai, žurnalų spausdinimas, registracijos lapai ir kt.), padengiamos iš vietinio biudžeto.

10. Raupų skiepijimas atliekamas vietos sveikatos apsaugos organų įstaigų: poliklinikų, ambulatorijų, vaikų konsultacijų, o kaimuose — sveikatos apsaugos apylinkių. Vaikų apsaugos įstaigose (lopšeliuose, vaikų ir kūdikių namuose bei bendrabučiuose) skiepijimo darbą atlieka vietinis medicinos personalas.

11. Raupų — vakcinatorių skiepijimo darbą galima pavesti tik asmenims, baigusiems vidurinį medicinos mokslą.

12. Asmenys, nesilaikantieji privalomojo skiepijimo nuostatų, traukiami baudžiamojon atsakomybėn.

13. Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas įpareigojamas susitarti su Lietuvos TSR Statistikos Valdyba raupų skiepijimo registracijos ir apyskaitų sistemai nustatyti ir per mėnesį laiko išleisti šitam nutarimui įgyvendinti instrukciją.

Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Tarybos Pirmininkas
M. GEDVILAS,

Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Tarybos Reikalų Valdytojas
A. BAUŽA.

Kaunas, 1941 m. gegužės 16 d.

III.

LTSR LIAUDIES KOMISARŲ TARYBOS POTVARKIS.

Lietuvos TSR miestuose, miesteliuose, kaimuose, tarybiniuose bei kolektyviniuose ūkiuose epideminių susirgimų plėtimosi įspėjamosioms sanitarinėms sąlygoms užtikrinti:

1. Įpareigoti miestų ir apskričių darbo žmonių vykdomuosius komitetus iki š. m. birželio 15 d. baigti miestuose, miesteliuose, kaimuose, tarybiniuose bei kolektyviniuose ūkiuose išvalyti, pašalinti bei nekenksmingus padaryti nešvarumus ir atmatas visose vietose, kur tik jų yra prisirinkę.

2. Įpareigoti miestų ir apskričių darbo žmonių vykdomuosius komitetus iki š. m. liepos 1 d.:

a) išaiškinti visus esamus miestuose ir miesteliuose sugeriamuosius šulinius, uždaryti juos ir nebeleisti jų įrengti;

b) paskirti laukus nešvarumams bei atmatoms aparti ir nutiesti į juos privažiuojamus kelius;

c) įpareigoti visus namų valdytojus ir namų savininkus apsišvarinti kiemus ir aikšteles, įrengti sąšlavines, pataisyti nesutaisytąsias ir užtikrinti sistemingą bei laiku atliekamą jų bei kiemų išviečių valymą ir dezinfekciją.

3. Įpareigoti miestų ir apskričių darbo žmonių vykdomuosius komitetus iki šių metų pabaigos:

a) užtikrinti sistemingą esamų vandentiekių sanitarinę kontrolę ir vandens teikimo šaltinių sanitarinę priežiūrą tose vietose, kur nėra vandentiekio, reikalaujant, kad šuliniai būtų laiku valomi ir remontuojami, turėtų dangčius, specialius kibirus ir t. t.;

b) užtikrinti centrinės ir vietinės kanalizicijos veikiančių valomųjų įrengimų sanitarinę kontrolę ir paruošti 1942 metams naujų kanalizacijos ir valomųjų įrengimų statybos planą;

c) užtikrinti fabrikų, gamyklų, pirčių, skalbyklų ir t. t. nutekamojo, į atvirus vandenis nuleidžiamo vandens preliminarinį valymą ir dezinfekciją;

d) aprūpinti virtu vandeniu viešojo naudojimo vietas (glž. stotis, prieplaukas, klubus, mokyklas, viešbučius ir t. t.).

4. Įpareigoti Sveikatos Apsaugos, Žemės Ūkio, Komunalinio Ūkio ir Vidaus Reikalų Liaudies Komisarus per savo organus vietose šį nutarimą įvykdyti.

Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Tarybos Pirmininkas
M. Gedvilas.

Kaunas, 1941 m. gegužės 24 d.

IV.

DĖL LIETUVOS TSR VYRIAUSIOSIOS MEDICINOS-SANITARIJOS ĮSTAIGOMS APRŪPINTI VALDYBOS ĮSTEIGIMO.

LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato žinioje esamų įstaigų bei įmonių technikiniam ir medžiaginiam aprūpinimui vykdyti,

Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Taryba nutaria:

1. Įsteigti prie LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato Vyriausiąją Medicinos-Sanitarijos įstaigoms aprūpinti Valdybą.

2. Nustatyti, kad Vyriausioji Medicinos-Sanitarijos įstaigoms aprūpinti Valdyba yra savarankis ūkinis vienetas, veikiąs juridinio asmens teisėmis, ūkinio apskaičiavimo pagrindais.

3. Pavesti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisarui sudaryti įeinančių į Valdybos sudėtį vietinių kontorų ir kitų įstaigų bei įmonių sąrašą ir pateikti patvirtinti Liaudies Komisarų Tarybai.

4. Pavesti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisarui išdirbti ir patvirtinti steigiamos Valdybos nuostatus.

5. Pavesti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisarui, susitarus su Finansų Liaudies Komisaru, nustatyti Valdybos pagrindinio kapitalo dydį.

6. Pavesti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisarui nustatyti Valdybos ir jos įstaigų bei įmonių struktūrą ir etatus.

Lietuvos TSR LKT Pirmininko Pavaduotojas *J. Vaišnoras.*
Lietuvos TSR LKT Reikalų Valdytojas *A. Bauža.*

Kaunas, 1941 m. vasario 27 d. Nr. 168.

(„Vyr. nutar. ir potv. rink." 1941 m. IV. 29 d. Nr. 8(11) eil. 208).

V.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARIATO VEIKLA.

Askirų sifilio formų klasifikacija.

Pripažinta TSRS Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato Mokslinės Medicinos Tarybos.

Klasifakicajos pagrindu yra paimtas pirmo kreipimosi principas, t. y. stadija ligos, kuria sirgdamas ligonis pirmą kartą yra kreipęsis medicinos pagalbos.

Atskirų sifilio formų klasifikacija.

1. Lues I seronegativa. Pirminis seronegatyvinis sifilis.
2. Lues I seropositiva. Pirminis seropozityvinis sifilis.
3. Lues I latens: Pirminis slaptasis sifilis.

Pastaba: a) Pirminis sifilio periodas pasireiškia kietojo šankerio pasirodymu;

b) pirminiu seronegatyviniu sifiliu laikoma ta forma, kai yra pastovūs neigiami serumo reakcijos rezultatai, gaunami reguliariai ir ne rečiau kaip kartą per 10 dienų viso pirmo gydymo kursų metu;

c) pirminis slaptasis sifilis yra tas, kuris neparodo kliniškų reiškinių asmenims, pradėjusiems gydytis pirminio sifilio metu;

d) kai kietasis šankeris lokalizuojasi ne ant lytinių organų, reikalinga prie diagnozės „pirminis sifilis" pridėti terminą „ekstragenitalinis".

4. Lues I recens. Antrinis tik ką prasidėjęs sifilis.
5. Lues II recidiva. Antrinis recidyvinis sifilis.
6. Lues II latens. Antrinis slaptasis sifilis.

Pastaba: Antriniu slaptuoju sifiliu laikomas toks sifilis, kai nėra kliniškų reiškinių asmenims, pradėjusiems gydytis antrinio (tik prasidėjusio ar recidyvinio) sifilio metu.

7. Lues III activa. Sifilis III aktyvus.
8. Lues III latens. Sifilis III slaptasis.

Pastaba: Tretinis slaptasis sifilis būna asmenims, persirgusiems tretiji sifilio periodą su jo aktyviais reiškiniais.

9. Lues latens. Slaptasis sifilis. I šitą grupę įskaitomi ligoniai, turį lues ignorata (nežinomas sifilis), kurie pradžioje blogai gydėsi, o taip pat ligoniai, pradėję gydytis su nenustatyta praeityje sifilio stadija.

10. Lues congenita praecox. Ankstyvas įgimtinis sifilis. Įgimtinis kūdikio sifilis (0—1 metų) ir ankstyvas vaikystės (1—4 metų imtinai) sifilis.

11. Lues congenita latens. Įgimtinis slaptasis sifilis.

12. Ankstyvas nervų sistemos sifilis (su sifilio infekcijos įsisenėjimu iki 5 metų).

13. Vėlyvas nervų sistemos sifilis (su sifilio infekcija senesne, kaip 5 metai).

14. Tabes dorsalis.

15. Paralysis progressiva. Progresyvinis paralyžius.

16. Visceralinis sifilis — nurodant ligos paliestą organą.

Sergančių sifiliu išbraukimas iš apskaitos.

a) Norint nustatyti, kada galima išbraukti iš apskaitos sifiliu sirgę ligoniai, principu priimtas jų išgijimas.

b) Įvertinant atliktą gydymą, reikia vadovautis sifilio gydymo schemomis, išleistomis Centrinio odos ir veneros ligų instituto.

c) Išgijimo kriteriu yra: a) atlikto gydymo kokybė, b) kliniško tyrimo duomenys (dermatologinio, terapinio ir neurologinio), c) laboratoriniai duomenys (serologinis kraujo ir liquor'o tyrimas ir rentgenologiškas tyrimas).

Išbraukimas iš apskaitos.

1. Ligoniai, pradėję gydytis pirminio seronegatyvinio sifilio stadijos metu, atleidžiami ir iš apskaitos išbraukiami po 3-jų pilnų gydymo kursų ir po 2-jų metų priežiūros, kas 6 mėnesiai atliekant serologinę kontrolę.

2. Ligoniai, pradėję gydyti pirminį seropozityvinį, antrinį tik ką prasidėjusį, antrinį recidyvinį sifilį, išbraukiami iš apskaitos po 6 pilnų gydymo kursų ir po 3 metų priežiūros.

Pastaba: Tais atvejais, kai seropozityvinė reakcija, pradedant 2-rą gydymo kursą, nepereina į neigiamą, ligoniai išbraukiami iš apyskaitos, atlikus 8 specifiško gydymo kursus.

3. Ligoniai, kurie kreipiasi su slaptuoju seropozityviniu sifiliu, išbraukiami iš apskaitos, kaip nurodyta 2 grupės ligoniams.

4. Ligoniai, pradėję gydytis tretinio aktyviojo sifilio periodo metu, išbraukiami iš apskaitos po 6 gydymo kursų ir po 3 metų stebėjimo.

5. Ligoniai, kurių sifilio diagnozė praeityje buvo aiški, nors jie nepakankamai gydėsi, neįtraukiami į apskaitą, jeigu nuo apsikrėtimo yra praėję daugiau, kaip 10 metų; visais kitais atvejais tokie ligoniai turi būti dispanserio priežiūroje 3 metus.

6. Ligoniai, turį serozistentinį sifilį, išbraukiami iš apskaitos po 8 pilnų kursų specifiško gydymo ir po 5 metų sekimo.

7. Ligoniai, turį įgimtinį sifilį (visos formos), išbraukiami iš apskaitos po 8 pilnų gydymo kursų ir po 5 metų priežiūros, po kliniško serologinio, pageidaujama, liquor'ologinio ir rentgenologinio, patikrinimo.

8. Apie visas moteris, sirgusias sifiliu, pranešama į nėščių moterų konsultaciją. Pastojusios tokios moterys iš moterų konsultacijos siunčiamos į vendispanserį.

Gyd. V. Kviklys,
Gydymo ir Profilaktinių Įstaigų Valdybos Viršininkas.

Gyd. Trečiokas,
Vyr. Vener. Inspektorius.

Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 24 d.

Tvirtinu
(pas.) *V. Girdzijauskas,*
Sv. Aps. L. Komisaras.
1941. V. 13.

VI.

GALVOS PLAUKŲ RENTGENO EPILIACIJOS INSTRUKCIJA.

1. Galvos plaukų rentgenoepiliacija daroma sergantiems trichophytia, favus'u ir mikrosporija vaikams nuo 3 ir daugiau metų amžiaus.

Pastaba: Neramūs vaikai nuo 3—5 metų amžiaus švitinami rentgenu, prieš tai padarius klizmos chloralhidrato narkozę.

2. Rentgenoepiliacija daroma sergantiems grybelinėmis ligomis, kurie dar nebuvo švitinti rentgeno spinduliais, arba po vienkartinės rentgenoepiliacijos, kuri tačiau buvo atlikta ne anksčiau kaip prieš 6 mėnesius, ir tik tuo atveju, kai po pirmos rentgenoepiliacijos pasireiškia normalus plaukų augimas.

3. Daryti trečią rentgenoepiliaciją, po reinfekcijos arba recidyvo, negalima.

Pastaba: Vaikams iki 4—5 metų amžiaus kartotini švitinimai neleidžiami.

Rentgenoepiliacijos negalima taikyti ką tik persirgusiems sunkia infekcine liga ir turintiems pakilusią temperatūrą.

Ligoniams, persirgusiems meningitą ar sergantiems epilepsija arba kitomis cantrinės nervų sistemos ligomis, rentgenoepiliacija gali būti atlikta tik po konsultacijos su neuropatologu.

4. Prieš rentgenoepiliaciją ligoniai dermatologo turi būti paruošti šiuo būdu:

a) galvutė, padengta šašais, nuvaloma įvairiais aliejais (aliejiniais bintais) 5—6 dienas prieš rentgenoepiliaciją. Visoks medikamentinis gydymas turi būti nutrauktas.

b) Visi ūminiai uždegimai, lydį pagrindinį plaukuotosios galvos dalies grybelinį susirgimą, turi būti pašalinti atitinkamų kompresų pagalba arba kitokiais būdais.

c) Plaukai turi būti nukirpti, bet ne trumpiau kaip vieną centimetrą.

d) Vaikams trumpai nukirptais plaukais leidžiamos rentgenoepiliacijos tik tada, kai plaukai atauga 1 centimetro ilgio.

5. Rentgeno kabinetuose, kuriuose anksčiau nebuvo daryta rentgenoepiliaciją, prieš darant masinę epiliaciją, turi būti padaryta mėginamoji rentgenoepiliacija.

6. Kiekviename rentgeno kabinete, kur daromos rentgeno epiliacijos, turi būti išmatuota rentgeno spindulių dozė (aparatas prieš tai turi būti gerai išdozuotas).

7. Kartotiniai dozavimai turi būti daromi ne rečiau kaip vieną kartą per mėnesį.

8. Rentgenoepiliacija, kuri atliekama rentgenotechniko arba sesers būtinai turi būti daroma rentgenologo gydytojo akivaizdoje.

Pastaba: Rentgenotechniko arba sesers savarankiška rentgenoepiliacija draudžiama.

9. Kaip taisyklė, rentgenoepiliacija turi būti daroma iš keturių laukų.

Pastaba: Netaisyklingos galvos formos atveju ir suaugusiems leidžiamas švitinimas penkių laukų sistemos.

10. Kaip taisyklė, per dieną turi būti švitinamas tik vienas laukas. Prasilenkimas leidžiamas tik išimtiniais atsitikimais.

11. Gilios trichofitijos bei gilios mikrosporijos (kerion celsi, parazitinė sikozė) atvejais rentgenoepiliacija nepatartina.

12. Rentgeno epiliacija privalo būti atlikta prisilaikant šių techninių sąlygų: spindulių kietumas 90—100 KV.; srovės stiprumas 3—4 M. A., su filtru nuo 0,5 Al iki 1 Al; keturialaukio švitimo atveju odos fokusinis atstumas turi būti lygus 30 cm, o penkialaukio — 20—24 centimetrų. Kiekvieno lauko dozė kaitaliojama pareinamai nuo amžiaus tarp 300—400 r.

13. Rentgeno epiliacija atliekama tiksliai prisilaikant visų sąlygų. Ypatingai akyliai turi būti sekami odos fokusinis atstumas ir švitinimo laikas.

14. Sąlygos, kuriomis buvo daromas švitinimas, dozė ir švitinimo laukai būtinai turi būti registruojami kabineto žurnale.

15. Po rentgenoepiliacijos visi likusieji ant galvos plaukai turi būti kruopščiai rankomis nurauti (doepliliacija), praėjus 14—20 dienų po rentgeno švitinimo.

16. Už rentgeno epiliaciją ir jos pasėkas atsako gydytojas, kuris rentgeno epiliaciją atliko.

Gyd. V. Kviklys,
Gydymo ir Profilaktinių Ist.
Valdybos Viršininkas.

Venerologijos Vyr. Inspektorius
Gyd. J. Trečiokas.

VII.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 217 DĖL PSICHINIŲ LIGONIŲ PRIĖMIMO IR IŠRAŠYMO PSICHIATRINĖSE LIGONINĖSE TVARKOS.

Skelbiu ir įsakau vykdyti TSRS Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato 1939 m. lapkričio mėn. 5 d. patvirtintą instrukciją:

§ 1

Psichiniai ligoniai gauna stacionarinę gydymo pagalbą pagal savo nuolatinę gyvenamą vietą. Apsirgęs ne savo nuolatinėje gyvenamoje vietoje gydomi apsirgimo vietoje, bet paskui perkeliami į nuolatinės gyvenamos vietos ligoninę, atsižvelgiant į ligonio sveikatos stovį.

P a s t a b a. Perkeliant ligonį iš vienos ligoninės į kitą, apie tai reikia pranešti jo giminėms.

§ 2

Į psichiatrines ligonines siunčiami ligoniai, reikalingi stacionarinio gydymo ir tie, kurie pavojingi sau ar aplinkiniams.

§ 3

Į psichiatrines ligonines siunčia šie asmenys:

a) rajono psichiatrai,

b) kur jų nėra, bet kuris tarnaująs gydytojas,

c) somatinių ligoninių vyr. gydytojai (somatinius ligonius staiga psichiškai susirgusius).

P a s t a b a I. Vietovėse, kur yra psichiatras, perkeliant iš somatinės ligoninės į psichiatrinę, reikalinga atsiklausti jo nuomonės.

P a s t a b a II: Užkrečiamieji ligoniai ir tie somatiniai ligoniai, kurie yra būtinai reikalingi specifiškos medicinos pagelbos (pvz., chirurgiškos), paliekami somatinėje ligoninėje, organizuojant jiems atitinkamą priežiūrą.

d) teismo organai siunčia į psichiatrines ligonines ligonius savo priemonėmis.

§ 4

Ypatingais atsitikimais, kai ligonio patalpinimas aiškus, į ligoninę priėmimo klausimas sprendžiamas budinčio gydytojo, neatsižvelgiant į tai, kieno ir kokia tvarka ligonis buvo atsiųstas.

§ 5

Gydytojai, išvardinti § 3 a, b, c punktuose, siųsdami į psichiatrinę ligoninę ligonį, turi patys jį ištirti.

§ 6

Įstaigos ar gydytojai, siųsdami ligonį į psichiatrinę ligoninę, turi raštu pranešti: ligonio pavardę, vardą, tėvo vardą, amžių, šeimos padėtį, profesiją ir darbo vietą, ligonio šeimos bei artimųjų žmonių adresus, susirgimo spėjamą diagnozę, aprašydami somatinį ir psichinį ligonio stovį ir išdėstydami ligoninei priėmimo pagrindą.

§ 7

Ligoniai į ligonines yra lydimi artimųjų, o jų nesant, ligonio gyvenamos vietos somatinės ligoninės medicinos personalo.

§ 8

Ligonis priimamas į psichiatrinę ligoninę budinčio gydytojo, kuris ištiria ligonį psichiškai ir somatiškai. Gydytojas būtinai turi išaiškinti ligonio šeimos narių ar artimųjų pavardes, vardus ir adresus, ir tai atžymėti ligos istorijoje.

Šitos žinios surenkamos iš paties ligonio, ar iš jį lydinčių asmenų. Apie priėmimą į ligoninę pranešama šeimos nariams ar artimiesiems. Jei ligonis neturi artimųjų, ar nepasisekė apie juos sužinoti, tai apie tai reikia atžymėti ligos istorijoje tam, kad ilgainiui šitos žinios galima būtų surinkti iš ligonį lankančiųjų žmonių ar kitokiu būdu. Nežinomos kilmės ligonis fotografuojamas. Ligos istorijoje reikia būtinai atžymėti pastebėtus kūno sužalojimus, prievartos pėdsakus ir pan. Ligos istorijoje budintis gydytojas turi atžymėti indikacijas, pagal kurias ligonis buvo į ligoninę priimtas.

§ 9

Budintis gydytojas, ištyręs ligonį ir radęs, kad jis nėra reikalingas patalpinimo į ligoninę, turi teisę jo nepriimti. Apie tai jis praneša gydytojui, kuris tą ligonį atsiuntė, nurodydamas motyvus, del kurių ligonis nebuvo priimtas, ir patardamas kitas socialines profilaktines gydymo priemones, kurių jo nuomone ligonis yra reikalingas.

Nepriimti ligonio į ligoninę galima tik mediciniškais sumetimais. Visi nepriėmimo atsitikimai registruojami tam tikroje knygoje.

§ 10

Ligoniai, atsiųsti teismų nutarimais, besąlyginai priimami į ligoninę, o tardymo ir kvotos milicijos organų atsiųstieji — tik esant raštiškai gydytojo nuomonei.

Apie ligonius, priimtus į psichiatrinę ligoninę teismo nutarimais ir pripažintus po ligoninės stebėjimo nereikalingais laikymo ligoninėje, ligoninės administracija praneša atitinkamam teismui, kurio žinioje yra ligonis.

§ 11

Iš ligoninės ligonius išrašo skyriaus vedėjas. Į namus ligoniai grįžta patys arba su palydovais, atsižvelgiant į jų sveikatos stovį.

§ 12

Ligonis laikomas ligoninėje tol, kol jis yra reikalingas gydymo (arba tyrimo, jei ligonis patalpintas ištyrimui), arba kol jis yra pavojingas sau ar aplinkiniams.

§ 13

Jei ligonis yra išrašytas iš ligoninės mediciniškais sumetimais, bet nesugebąs savarankiškai gyventi ir neturįs nuolatinės gyvenamos vietos bei artimųjų, kurie galėtų jį globoti, tai jis perkeliamas į psichinių ligonių koloniją, patronažą ar Socialinio Aprūpinimo L. Komisariato invalidų namus. Reikalui esant, ligoninė pasirūpina ligonio globa.

§ 14

Psichiniai ligoniai, patalpinti teismo nutarimu, galima išrašyti tik teismo nutarimu, pasiūlius psichiatrinės ligoninės Vyriausiajam gydytojui arba teismo iniciatyva, šituo atveju atsiklausus ligoninės nuomonės.

§ 15

Apie išrašytą ligonį ligoninė siunčia nuolatinės gyvenamosios vietos Vykd. Komiteto Sveikatos apsaugos skyriui jo ligos istorijos trumpą ištrauką su terapiniais nurodymais.

§ 16

Del neteisėto patalpinimo ar laikymo psichiatrinėse ligoninėse suinteresuotieji asmenys gali skųstis vietos Vykdomojo Komiteto Sveikatos apsaugos skyriui. Esant pagrindui iškelti bylą del žinomai sveiko žmogaus patalpinimo į psichiatrinę ligoninę, skundas paduodamas tos vietovės prokurorui, kur yra ligoninė.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:
J. Janulionis,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 12 d.

VIII.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 201 DEL STATISTIKOS DARBO KOORDINACIJOS.

§ 1

Komisariato valdybų ir skyrių statistiniams darbams koordinuoti ir jų skaitmenų prieštaravimams išvengti, įsakau:

1) Medicinio ir sanitarinio pobūdžio statistines žinias, apyskaitas, instrukcijas ir kt. koncentruoti medicininės ir sanitarinės statistikos skyriuje;

2) Šito įsakymo § 2 nurodytos apyskaitos, §-e minėtoms valdyboms ir skyriams, be epideminių ir § 2 p. 5 nurodytų, siųsti per Komisariato Medicininės ir sanitarinės statistikos skyrių; epideminės žinios siųsti betarpiškai Priešepideminei valdybai, kuriai, gavus žinias, vizuoti Statistikos skyriuje;

3) Statistiniai duomenys, kuriuos duoda Komisariato skyriai, arba jais remiasi savo planiniame ar kitame darbe, tikrinti su Statistikos skyriaus duomenimis;

4) Pagreitinti vykdyti mano š. m. įsakymo Nr. 71 § 1, skubiai pranešant paskirtų neetatinių statistikų pavardes ir vardus Medicininės ir sanitarinės statistikos skyriui.

§ 2

Skelbiu sąrašą apyskaitos formų, kurias turi tvarkyti Komisariato valdybos ir skyriai:

1. **Priešepideminė valdyba:**

f. Nr. 23 (Kovai su maru įstaigos apyskaita).
„ „ 24 (Bruceliozinės stoties apyskaita),
„ „ 25 (Dekadinės žinios apie graužikų naikinimą laukuose),
„ „ 26 (Dekadinės žinios apie graužikų ir ektoparazitų naikinimą),
„ „ 28 (Sanitarijos - bakteriologijos instituto apyskaita),
„ „ 30 (Priešepideminio būrio apyskaita),
„ „ 31 (Tymų laboratorijos apyskaita),
„ „ 32 (Dezinfekcinės - montažinės brigados apyskaita),
„ „ 33 (Pasteur'o stoties punkto apyskaita),
„ „ 34 (Dezinfekcijos įstaigos apyskaita),
„ „ 35 (Dezinfekcinio būrio darbo apyskaita),
„ „ 37 (Priešmaliarinio darbo apyskaita),
„ „ 40 (Smulkių hidrotechninių darbų kovai su maliarija (drugiu) plano įvykdymo apyskaita).
„ „ 42 (Prieštyminio serumo gamybos ir suvartojimo apyskaita),
„ „ 47 (Skiepijimo punkto, būrio apyskaita),
„ „ 87 (Priešepideminių priemonių ir susirgimų, neįeinančių į skubotus pranešimus, apyskaita),
„ „ 85 (Ūminių užkrečiamų susirgimų judėjimo statistika),
„ „ 39 (Stambių hidrotechninių darbų kovai su maliarija (drugiu) plano įvykdymo apyskaita).

2. **Valstybės Sanitarijos Inspekcija:**

f. Nr. 41 (Valst. sanitarijos inspekcijos veiklos apyskaita),
„ „ 43 (Profužsinuodijimų ir profsusirgimų apyskaita),
f. Nr. 29 (Sanitarinės - bakteriologinės laboratorijos [sanitarinės - higieninės - laboratorijos] apyskaita).
„ „ 36 (Sanitarinės - epidemiologinės stoties apyskaita).

3. **Gydomųjų ir profilaktinių įstaigų valdyba:**

f. Nr. 96 (Sanitarinės aviacijos stoties apyskaita),
„ „ 97 (Startavimo felčerio punkto, medicinos sanitarijos dalies, aerouosto [aviacijos būrio] apyskaita).
„ „ 53 ir
53 srit (Šaukiamųjų medicininško aptarnavimo statistika).

4. **Laivininkystės Sveikatos Apsaugos Skyrius:**

f. Nr. 55 (Jūros sanitarinės - karantininės stoties apyskaita),
„ „ 56 (Upių gydymo - stebėjimo stoties apyskaita),
„ „ 57 (Garlaivio mediko plaukiojimo kelionių pranešimas),
„ „ 59 (Motinos ir vaikų kambario apyskaita—vaikų kambario vandenų transporte),

5. **Kadrų skyrius:**

f. Nr. 53t (Darbo knygelių davimo apyskaita),
„ „ 52t (Specialistų su aukštuoju mokslu judėjimo apyskaita),
„ „ 3 (Asmenų su viduriniu medicinos mokslu paskirstymo apyskaita),
„ „ 4 (Asmenų, baigusių vidurines medicinos mokyklas, atvykimo apyskaita).

6. **Planų ir Finansų skyrius:**

1. Nr. 41 (Centr. Liaudies Ūkio apskaitos valdybos tr. tip. autotransporto, garažų ir remontų dirbtuvių kiekio apyskaita),
„ „ 2a (Autoparko darbo apyskaita),
„ „ 2 („ „ „),
„ „ 3 (Pervežimų automašinomis savikainos apyskaita).

7. **Kurortų ir sanatorijų inspekcija:**

f. Nr. 64 (Kurortinės poliklinikos sanatorijos apyskaita),
„ „ 65 (Balneo - fizioterapinės - įstaigos apyskaita),
„ „ 68 (Kurorto veikimo apyskaita — apyskaitas pagal f. f. (Nr. Nr. 64, 65, ir 66 paruošia taip pat ir įstaigos, esančios apskričių (miestų) sveikatos apsaugos skyrių ir Sveikatos Apsaugos Liaud. Komisariato žinioje),
„ „ 66 (Dietinės valgyklos apyskaita),

§ 3

Komisariato valdybų ir skyrių medicininės ir sanitarinės statistikos srities įsakymų, instrukcijų ir t. t. projektai turi būti redaguojami drauge su Medicininės ir sanitarinės statistikos skyriumi ir turėti jo vizą.

§ 4

Šio įsakymo § 2 nurodytas apyskaitas aukštesnėms instancijoms pristatyti perdavinėti Medicininės ir sanitarinės statistikos skyriui, be §-e 2 p. 4 paminėtų apyskaitinių žinių ir epideminių apyskaitų. Epid. apyskaitas siunčiant vizuoti Medicininės ir sanitarinės statistikos skyriuje.

§ 5

Išleidžiamųjų medicininio ir sanitarinio pobūdžio statistinių žinių ir apyskaitų antrininkai (nuorašai) turi būti duodami saugoti Medicininės ir sanitarinės stastikos skyriaus bylose, Komisariato atitinkamos valdybos ar skyriaus statistiko techniškoje priežiūroje.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras: *J. Janulionis,*
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 6 d.

IX.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 195. DĖL RAŠTINĖS — SĄSKAITYBOS, ŪKIO — ADMINISTRACIJOS, VIRTUVĖS IR SKALBYKLOS DARBUOTOJŲ ATLYGINIMO NORMŲ NUSTATYMO.

Remdamasis Lietuvos TSR Finansų Liaudies komisaro 1940 m. lapkričio mėn. 26 d. ir š. m. kovo mėn. 19 d. įsakymais pagal Liaudies Komisarų Tarybos 1940 m. lapkričio mėn. 23 d. nutarimą nr. 335 ir š. m. kovo mėn. 19 d. protokolą Nr. 19 atlyginimo normų nustatymo reikalu, įsakau:

1. Nuo š. m. gegužės mėn. 1 d. įvesti visose Sveikatos apsaugos liaudies komisariato sistemos įstaigose raštinės - sąskaitybos, ūkio - administracijos, virtuvės ir skalbyklų darbuotojams šias atlyginimo normas:

1. Raštinės — sąskaitybos darbuotojams:

Eil. Nr.	Einamosios pareigos	Stacionarinese įstaigose: Iki 100 lovų / Ambulatorinio tipo įstaigos ir poliklinikose su apslank. sk.: Iki 50.000 metams	Nuo 101 iki 250 lovų / Nuo 50.000 iki 100 000	Nuo 250 iki 500 lovų / Daugiau kaip 100.000 metams	Nuo 500 lovų / Daugiau kaip 200.0000 metams
	1	2	3	4	5
1	Vyriausias buhalteris . .	—	—	700—800	800—900
2	Vyr. buhalteris	500—550	550—600	600—700	700—750
3	Buhalteris	325—375	375—425	425—500	500—540
4	Buhalterio pad.	—	325—350	350—375	375—400
5	Vyr. sąskaitininkas . . .	—	—	—	350—375
6	Sąskaitininkas	275—325	275—325	275—350	275—350
7	Kasininkas	—	—	350—400	400—450
8	Kanceliarijos vedėjas . .	—	—	400—450	450—500
9	Sekretorius	—	250—300	300—350	350—400
10	Registratorius	225—250	250—375	275—300	275—300
11	Vyr. mašininkė	—	—	—	400—450
12	Mašininkė	250-300	300—350	350—400	350—400
13	Archyvaras	200—250	200-250	250—300	300—350
14	Ekonomistas-planuotojas .	—	—	500—550	550-600
15	Statistikas	250-300	300—350	300—350	350—400
16	Fizkultūros instruktorius	—	—	500—550	550—600
17	Pionierius-vadov.-instrukt.	—	350—400	400—450	450—500
18	Pedagogas metod. aukiėtoj.	—	375—425	425—500	500—550
19	Teisininkas (teis. kab. ved.)	—	—	520	520
	Ūkio—administracijos darbuotojams.				
1	Direktor. pavad. administ. ir ūkio srityje. . . .	—	600—700	700—800	800—900
2	Ūkio vedėjas	350—400	350—400	400—450	450—500
3	Baltinių šeimin. . . .	200—225	225—250	250—275	275—300
4	Komendantas ir taip pat ugniag. v-kas	—	—	400—450	450—500
	Kvalifikuotiems darbuotojams.				
5	Elektromonteris, šaltkalvis, vand. monteris, mūrininkas ir t. t.	275—350	275—350	350—400	350—400
6	Mechanikas —kino mechanikas	—	—	400—450	450—500
7	Mechanikas	—	—	—	300—350
8	Kūrikas centrinio šildymo	200—250	200—250	200—230	200—250
9	Kūrikas krosnių	200-250	200-250	200—250	200—250
10	Siuvėja	250-300	250—300	250—300	250—300
11	Tiekimo agentas eksped.	—	—	300—350	350—360
12	Telefonininkė	—	—	200—250	250—300
13	Sandelio vedėjas . . .	250—300	250—300	300—350	350—400
14	Tabelininkas	200—250	200—250	250—300	250—300

Eil. Nr.	Einamosios pareigos	Stacionarinėse įstaigose: Iki 100 lovų / Ambulatorinio tipo įstaigose ir poliklinikose su apsilank. sk.: Iki 50.000 metams	Nuo 101 iki 250 lovų / Nuo 50.000 iki 100.000	Nuo 250 iki 500 lovų / Daugiau kaip 100.000 metams	Nuo 500 lovų / Daugiau kaip 200.0000 metams
	1	2	3	4	5
15	Sandėlininkas	200—225	200—225	225—250	225—250
16	Rūbininkas	150—180	150—180	150—180	150—180
17	Kurjeris	200—225	200—225	200—225	200—225
18	Valytoja	175—200	175—200	175—200	175—200
19	Šoferis . . . . atlyginimas pagal Liaudies Komisarų Tarybos š. m. nutarimą Nr. 227.				
20	Vežikas	200—225	200—225	225—250	225—250
21	Kiemsargis	200—225	200—225	200—225	200—225
22	Sargas	200—225	200—225	200—225	200—225
23	Gaisrininkas	250—350	250—350	250—350	250—350
24	Sodininkas-darž.	225—275	225—275	275—350	275—350
	Nekvalifikuotiems darbuotojams				
25	Anglies vežėjas, ūkio darbininkai visose srityse	200—225	200—225	200—225	200—225
26	Darbo jėgos instrukt. (psichin. ligon).	—	375—400	400—450	450—500
	Virtuvės darbuotojams.				
27	Virtuvės vedėjas	—	300—325	325—375	375—425
28	Virėjas	275—300	275—300	300—325	325—350
29	Virėjo padėjėjas	225—250	225—250	225—250	225—250
30	Virtuvės darbin.	200—225	200—225	200—225	200—225
31	Padavėja	175—200	175—200	175—200	175—200
	Skalbyklos darbuotojams				
1	Skalbyklos vedėjas . . .	—	250—300	300—350	350—400
2	Centrofūgininkė	225—250	225—250	225—250	225—250
3	Baltinių tvarkytoja . . .	200—225	200—225	200—225	200—225
4	Skalbėja	250—275	250—275	250—275	250—275
5	Prosuotoja	225—250	225—250	225—250	225—250
6	Skalbyklos darbuotojams	200—225	200—225	200—225	225—250

Vilnius, 1941 m. balandžio mėn. 29 d.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

J. Janulionis,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

X.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 202 DĖL ŠAUKIAMŲJŲ MEDICININIO - SANITARINIO APTARNAVIMO.

Remdamasis TSRS Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaro 1939 m. įsakymu Nr. 245, del geresnio šaukiamųjų medicininio aptarnavimo, įsakau:

§ 1

Skaityti atsakingu Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariate už tinkamą mediko - sanitarinį šaukiamųjų aptarnavimą Gydomųjų ir profilaktinių įstaigų valdybos Miestų ligoninių ir poliklinikų skyriaus viršininką Joną Lipčių.

§ 2

Vykdomųjų komitetų Sveikatos apsaugos skyrių vedėjams išskirti tam pačiam reikalui atsakingą asmenį ir jo pavardę bei einamąsias pareigas pranešti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatui ligi š. m. gegužės mėn. 15 d.

§ 3

Gydymo - sanitariniam šaukiamųjų darbe vadovautis išsiuntinėta šaukiamuosius gydymo - sanitariniai aptarnauti instrukcija, patvirtinta 1939 m. vasario mėn. 4 d. TSRS Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaro ir RKKA Sanitarinės valdybos.

§ 4

Miestų ligoninių ir poliklinikų skyriaus viršininkui Jonui Lipčiui per dvi savaites patikrinti Vilniuje. Kaune, Šiauliuose ir Panevėžyje, kitose vietose — vietos vykdomųjų komitetų Sveikatos apsaugos skyrių vedėjams šaukiamųjų gydymo sanitarinį aptarnavimą.

§ 5

Gydymo ir profilaktinių įstaigų valdybos kovai su trachoma inspektoriui Juozui Nemeikšai per dvi savaites patikrinti daugiau trachoma apkrėstuose rajonuose šaukiamųjų trachoma sergančių išaiškinimo ir gydymo rezultatus.

§ 6

Gydymo - profilaktinių įstaigų valdybos kovai su tuberkulioze skyriaus viršininkui Vladimirui Lesnevskiui per dvi savaites patikrinti tubdispanserių darbą tiriant šaukiamuosius.

§ 7

Tikrinant šaukiamųjų mediko - sanitarinį aptarnavimą, ypatingą dėmesį kreipti į:

a) komisijų pasirengimą ir organizaciją vietose,

b) gydymo įstaigų pasiruošimą aptarnauti šaukiamuosius,

c) pagydytų šaukiamųjų iš gydymo įstaigų laiku išrašymą,

d) priemones ir pasekmes apie šaukiamųjų pasiuntimą į poilsio namus, sanatorinį - kurortinį gydymą, ligonines, ypač reikalingus chirurgiško gydymo,

e) teisingą trachomotų ir kitų gydymą,

f) sanitarinio švietimo ir GSO ženklo įsigijimo darbą.

§ 8

Įpareigoju visus Vykdomųjų Komitetų Sveikatos apsaugos skyrių vedėjus šaukiamųjų medicininį - sanitarinį aptarnavimą turėti ypatingoje savo priežiūroje ir atsakomybėje, kad būtų panaudotos pačios gerosios medici-

ninės jėgos ir priemonės, kad būtų daroma instrukcijose nustatytu laiku tiksli ir stropi atskaitą, tuo būdu, būtų sukauptas didžiausias dėmesys šitam dideliam ir atsakingam uždaviniui tiksliai įvykdyti.

Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 6 d.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

J. Janulionis,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

XI.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 187 DĖL KOVOS SU VAIKŲ VIDURIAVIMAIS VASAROS METU.

Tvirtindamas kovai su vaikų vidurių bei žarnų susirgimais priemonių 1941 metų privalomą instrukciją, įsakau

visų miestų ir apskričių vykdomųjų komitetų Sveikatos apsaugos skyrių vedėjams ir Motinos ir vaiko apsaugos inspektoriams:

1. Remiantis privaloma instrukcija paruošti kiekvienos apskrities bei miesto kovai su vaikų vidurių bei žarnų susirgimais priemonių konkretus planas;

2. Šitas planas ligi š. m. gegužės mėn. 15 d. atsiųsti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato Motinos ir vaiko apsaugos valdybai;

3. Organizuoti sistemingą šito plano įvykdymo kontrolę ir kad skirtos kovai su vaikų vidurių bei žarnų susirgimais epideminio fondo lėšos ir kitos priemonės būtų tiksliai panaudotos tik paskirtam tikslui:

4. Ligi š. m. gegužės mėn. 15 d. patikrinti, ar miestų ir kaimų Motinos ir vaiko konsultacijos bei Sveikatos apsaugos apylinkės turi pilną patronažo seserų kadrą (po 2 seserų etatus vienam gydytojo etatui Konsultacijose ir po vieną patronažo sesers etatą vienam Sveikatos apsaugos apylinkės gydytojo etatui). Apie stingamas patronažo seseris pranešti Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato Motinos ir vaiko apsaugos valdybai (Žiūr. kovai su vaikų viduriavimais vasaro metu privalomą instrukciją);

5. Sistemingai kontroliuoti gydymo profilaktinės įstaigos, ypatingai pieno virtuvės;

6. Organizuoti pieno mišinių pristatymo iš pieno virtuvių Motinos ir Vaiko konsultacijoms ir kitiems pieno mišinių paskirstymo punktams.

Pastaba: Tinkamo pieno pristatymą į pieno virtuves kontroliuoja sanitarijos inspektoriai.

7. Organizuoti: a) stacionaruose papildomas lovas sergantiems toksine disepsija ir dizenterija,

b) antidizenterinius skiepijimus,

c) bacilų nešiotojų išaiškinimą (Žiūr. prival. instr. pusl.),

d) kontrolę apie susirgimus ir židinių apvalymą.

Pastaba: Punkte 7-me išvardytų priemonių įgyvendinimą ir finansavima laiduoja centro Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato Priešepideminė valdyba.

Vilnius, 1941 m. balandžio mėn. 25 d.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

J. Janulionis,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

XII.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 213 DĖL RESPUBLIKINĖS RENTGENO STOTIES NUOSTATŲ PATVIRTINIMO.

Respublikinės Rentgeno stoties nuostatus tvirtinu:

1. Rentgeno pagalbos darbo žmonėms patobulinimo ir rentgeno tinklo vadovavimo suvienodinimo tikslais steigiama Respublikinė Rentgeno Stotis prie Vilniaus Tuberkuliozinio dispanserio.

2. Respublikinė Rentgeno stotis tiesiogiai priklauso Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatui.

3. Rentgeno Stoties uždaviniai yra:

a) vesti viso rentgeno tinklo apskaitą;

b) sustatyti rentgeno tinklo plėtros planą;

c) prižiūrėti rentgeno kabinetų darbo medicinos ir technikos atžvilgiais;

d) organizuoti medicinos ir technikos reikalais konsultacijas;

e) remontuoti ir montuoti rentgeno aparatūrą;

f) periodiškai tikrinti vietoje aparatūros veikimą;

g) vesti gydytojų ir vidurinių rentgeno kadrų apskaitą;

h) ruošti ir kelti gydytojų ir vidurinių rentgeno kadrų kvalifikacijas (pagal TSRS Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato patvirtintą planą);

i) įvesti rentgeno tyrinėjimo ir gydymo naujas metodes.

4. Prie Respublikinės Rentgeno stoties organizuojama techniška dirbtuvė, veikianti ūkinio apskaičiavimo pagrindais, techniškiems 3 str. numatytiems planams vykdyti.

5. Rentgeno stoties lėšos numatomos Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato biudžete.

6. Rentgeno stotis turi savo einamąją sąskaitą valstybiniame Banke ir savo antspaudą.

7. Respublikinei Rentgeno stočiai vadovauja vedėjas, skiriamas Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaro, ir kuris veikia pagal atskirą instrukciją.

Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 9. d.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

J. Janulionis,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

XIII.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 198 DĖL NENORMUOTOS DARBO DIENOS DARBUOTOJŲ NUSTATYMO.

Remdamasis Darbo Liaudies Komisariato nenormuotos darbo dienos tarnybų pavyzdiniu sąrašu, nustatau, kad Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariate (Centre) nenormuotą darbo dieną turi šie tarnautojai:

§ 1.

a) Liaudies Komisaras ir pavaduotojai,

b) Juriskonsultas,

c) Valdybų bei skyrių viršininkai ir jų pavaduotojai,

d) Kanceliarijos viršininkas,

e) Vyr. inspektoriai ir inspektoriai, išskyrus Vykdymo Kontrolės ir skundų vyr. inspektorių,

f) Vyr. ekonomistas ir ekonomistas - planuotojas,

h) Vyriausiasis ir vyr. buhalteriai,

g) Vyr. revizorius,

f) Inspektorius - statistikas,
j) Vyr. teismo medicinos ekspertas,
k) Ūkio vedėjas,
l) Šoferiai,
m) Vyr. mašininkė ir
n) Mobilizacijos skyriaus visi tarnautojai.

Pastaba: Neišvardinti tarnautojai turi normuotą darbo dieną.

§ 2.

Administracijos ir ūkio skyriaus viršininkui pavedu ligi š. m. gegužės mėn. 7 d. paruošti tarnautojų atostogų sąrašą ir pateikti jį tvirtinti Vertinimo ir konfliktų komisijai.

Vilnius, 1941 m. balandžio mėn. 29 d.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

J. Janulionis,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

XIV.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 197 DĖL LIETUVOS TSR LIAUDIES KOMISARŲ TARYBOS Š. M. NUTARIMO NR. 218 TAIKYMO.

Skelbiu Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Tarybos instrukcijas del š. m. nutarimo 218 nr. taikymo vadovavimuisi.

Instrukcija Nr. 1288.

„Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Tarybos 1941 m. kovo mėn. 13 d. nutarimas Nr. 218 del mokesčio už mokslą įvedimo ne darbo elemento vaikams taikomas tiems moksleiviams, kurių tėvai buvo: dvarininkai, žemvaldžiai, turėjusieji iki 1940 m. birželio mėn. 17 d. daugiau kaip 30 ha žemės; pramonininkai, prekybininkai, rangovai, kurių įmonės yra nacionalizuotos; savininkai namų, kuriuos liečia įsakas apie nacionalizavimą; savininkai, kurių turtas buvo konfiskuotas po 1940 m. birželio 17 d.; bankininkai, kapitalų, obligacijų, akcijų ir kitų vertybinių popierių turėtojai, kurių pragyvenimo šaltinis iki 1940 m. birželio mėn. 17 d. buvo pajamos iš šių vertybių; ūkininkai, kurie sistemingai naudojasi samdomu darbu; asmenys, kurie verslo reikalui naudojasi samdomu darbu; dvasininkai.

Mokestį už mokslą moksleiviams įneša į mokyklos ar mokomosios įstaigos kasą, o gautąsias sumas mokykla ar mokomoji įstaiga įneša į Valstybės Banką.

Moksleiviai, neįnešusieji nustatytu laiku mokesčio už mokslą, iš mokyklos ar mokomosios įstaigos pašalinami".

Informacija Nr. 1731.

„Mokyklų vadovybės, taikydamos LTSR Liaudies Komisarų Tarybos 1941 m. kovo mėn. 13 d. nutarimą Nr. 218 „del mokesčio už mokslą įvedimo ne darbo elemento vaikams" ir vadovaudamosi 1941 m. kovo 18 d. instrukcija del šito nutarimo taikymo, individualiai gali padaryti kai kurias būtinas išimtis iš sakytos instrukcijos nuostatų, laikydamosi kalbamo LTSR Liaudies Komisarų Tarybos nutarimo dvasios".

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

J. Janulionis,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

Vilnius, 1941 m. balandžio mėn. 29 d.

II.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 196 DĖL MOKESČIO UŽ MOKSLĄ ĮVEDIMO SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARIATO ŽINIOJE ESANČIOSE SPECIALINĖSE MOKYKLOSE BEI KURSUOSE NE DARBO ELEMENTO VAIKAMS.

Remdamasis Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Tarybos š. m. nutarimu Nr. 218, Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato žinioje esančiose specialinėse mokyklose bei kursuose ne darbo elemento vaikams metinį mokestį už mokslą nustatau tokio dydžio:

1. Vilniuje ir Kaune 200 Rb
2. Kitose vietovėse 150 „

3. Mokestį už mokslą sumokėti lygiomis dalimis du kartus per metus: ligi spalių mėn. 1 d. ir vasario mėn. 1 d.,

4. Mokesčio už mokslą 1940/41 m. m. sumokėjimo pirmąjį terminą nustatau ligi š. m. kovo mėn. 20 d., antrąjį terminą — ligi gegužės mėn. 1 d.

5. Asmenys, kurie privalo mokėti mokestį už mokslą, nustoja stipendijos nuo š. m. kovo mėn. 15 d.

(pas.) *V. Girdzijauskas*,
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras: *J. Janulionis*,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

Vilnius, 1941 m. balandžio mėn. 29 d.

XV.

MOKSLO REIKALAIS.

I.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 183 DĖL LIETUVIŲ KALBOS MOKYMOSI.

Remdamasis Lietuvos TSR Liaudies Komisarų Tarybos š. m. nutarimo Nr. 334, kuriuo įpareiguojami visi atvykusieji dirbti į Lietuvos TS Respubliką asmenys išmokti lietuvių kalbą, leidžiu visų Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato sistemos įmonių bei įstaigų vedėjams per dvi savaites organizuoti lietuvių kalbos kursus minėtiems asmenims ir paskirti šitam tikslui atitinkamas lėšas.

Vilnius, 1941 m. balandžio mėn. 25 d.

(pas.) *V. Girdzijauskas*,
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

II.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 212 DĖL MOTINŲ MOKYKLŲ ORGANIZAVIMO.

Pogimdyvių moterų susirgimams ir kūdikių mirtingumui (ypač nuo viduriavimų vasaros metu) sumažinti, įsakau

gimdymo namų ir ligonių gimdymo skyrių vedėjams organizuoti nuo šio įsakymo gavimo dienos sanšvietimo darbą gimdyvių tarpe (motinų mokyklas), panaudojant ir vidurinį medic. personalą:

1. Kasdien rengti motinoms pasikalbėjimus apie pogimdyvinio laikotarpio higieną;
2. apie žindymo svarbą ir tvarką;
3. apie bendrą higieną bei infekcines ligas;
4. apie vitaminus ir jų svarbumą augančiam organizmui, apie vaikų tinkamą maitinimą, apie kovą su rachitu;
5. apie gryno oro bei saulės svarbumą ir apie prietarus dėl persišaldymų;

6. apie vaikų viduriavimus vasaros metu, jų priežastis, kylančius iš to pavojaus kūdikių gyvybei ir reikalingumą nuoseklaus gydymo;
7. praktiškai pamokyti motinas kūdikių slaugymo;
Šitam darbui gimdymo namų bei gimdymo skyrių vedėjai sudaro:
1. tikslų rašytą planą, nurodant kiek ir kokiomis valandomis ir kas jį turi vykdyti. Planas pakabinamas viešoje vietoje.
2. įsigyja atitinkamos literatūros bibliotekėles (sveikas maistas vaikams ir t. t.) ir ją propaguoja gimdyvių tarpe.
Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 9 d.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

III.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 184 DĖL MOKYKLŲ IR PATRONAŽO SESERŲ KURSŲ ORGANIZAVIMO.

Vilniaus Respublikiniam Motinos ir vaiko apsaugos institutui pavedu organizuoti ir vesti Vilniuje ir Kaune šiuos 2-jų mėnesių kursus:
1. mokyklų seserų (higienisčių) ir
2. patronažo seserų.
Vilnius, 1941 m. balandžio mėn. 25 d.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

J. Janulionis,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

IV.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 234 DĖL VILNIAUS MEDICINOS SESERŲ MOKYKLOS ETATŲ PATVIRTINIMO.

Vilniaus medicinos seserų mokyklos etatus tvirtinu:

I. **Administracijos personalas.**

1.	Mokyklos direktorius	1
2.	Inspektorė-direktoriaus pavaduotoja	1
3.	Ūkio vedėjas-buhalteris	1
4.	Patarnautojos	2
	Viso	5

II. **Mokomasis personalas.**

Mokomojo personalo 15

Šie etatai veikia nuo š. m. gegužės mėn. 1 d.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 22 d.

V.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 235 DĖL VILNIAUS MEDICINOS SESERŲ MOKYKLOS TARNAUTOJŲ PASKYRIMO.

§ 1

Vilniaus Raudonojo Kryžiaus Ligoninės direktorių Kazį Katilių nuo š. m. sausio mėn. 1 d. laikyti tarnaujančiu Vilniaus med. seserų mokyklos direktoriumi, kaip antraeilėms pareigoms su 300 Rb atlyginimu mėnesiui.

§ 2

Med. ses. Kazę Vitkauskaitę nuo š. m. sausio mėn. 1 d. laikyti paskirta Vilniaus med. seserų mokyklos Inspektore-direktoriaus pavaduotoja su 300 Rb atlyginimu mėnesiui.

§ 3

Marijoną Paškevičių nuo š. m. kovo mėn. 1 d. laikyti paskirtu Vilniaus medicinos seserų mokyklos ūkio vedėju-buhalteriu, kaip antraeilėms pareigoms, su 100 Rb atlyginimu mėnesiui.

§ 4

Marijoną Paškevičių nuo š. m. gegužės mėn. 15 d. skiriu Vilniaus med. seserų mokyklos ūkio vedėju-buhalteriu su 540 Rb atlyginimu mėnesiui.

§ 5

Mariją Stankevičiūtę nuo š. m. sausio mėn. 1 d. laikyti tarnaujančia Vilniaus med. seserų mokyklos valytoja su 208,5 Rb atlyginimu mėnesiui.

§ 6

Mariją Stankevičiūtę nuo š. m. gegužės mėn. 1 d. skiriu Vilniaus med. seserų mokyklos valytoja su 208,5 Rb atlyginimu mėnesiui.

§ 7

Aldoną Mrazauskaitę nuo š. m. sausio mėn. 1 d. laikyti tarnaujančia Vilniaus med. seserų mokyklos valytoja su 208,5 Rb atlyginimu mėnesiui.

§ 8

Aldoną Mrazauskaitę nuo š. m. gegužės mėn. 1 d. skiriu Vilniaus med. seserų mokyklos valdytoja su 208,5 Rb atlyginimu mėnesiui.

§ 9

Dr. Kazį Katilių nuo š. m. gegužės mėn. 1 d. skiriu Vilniaus med. seserų mokyklos direktoriumi, kaip antraeilėms pareigoms, su 300 Rb atl. mėnesiui.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

Alg. Genys,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 22 d.

VI.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 216 DĖL DIETETIKOS MEDICINOS SESERŲ KURSŲ ORGANIZAVIMO.

§ 1

Gydomųjų ir profilaktinių įstaigų valdybai pavedu suorganizuoti nuo š. m. birželio mėn. 1 d. ligi 21 d. trumpalaikius dietetikos medicinos seserims kursus ir tvirtinu tų kursų programą.

§ 2

Gyd. Moisieją Giršovičių nuo š. m. gegužės mėn. 25 d. ligi birželio mėn. 28 d. skiriu Dietetikos kursų vedėju su 715 Rb. atlyginimu mėnesiui.

§ 3

Medic. seserį Janiną Ūsienę nuo š. m. gegužės mėn. 25 d. ligi birželio mėn. 28 d. skiriu Dietetikos kursų instruktore-sekretore su 400 Rb atlyginimu mėnesiui.

§ 4

Į kursus galima priimti 70 medic. seserų.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

J. Janulionis,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 12 d.

VII.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 224 DĖL KAUNO AKUŠERIŲ — HIGIENISČIŲ MOKYKLOS PAVADINIMO PAKEITIMO.

Kauno Akušerių - higienisčių mokyklą nuo š. m. gegužės mėn. 15 d. vadinti Kauno Akušerių mokykla.

Pastaba: Nuo š. m. mokslo pradžios pirmame kurse įvesti Akušerių mokyklai nustatytą programą.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

J. Janulionis,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 12 d.

VIII.

SVEIKATOS APSAUGOS LIAUDIES KOMISARO ĮSAKYMAS NR. 233 DĖL GYDOMOSIOS FIZKULTŪROS GYDYTOJŲ IR INSTRUKTORIŲ PASKYRIMO.

§ 1

Įsakau žemiau išvardytose įstaigose įvesti etatus ir nuo birželio 1 d. paskirti gydomosios fizkultūros gydytojus ir instruktorius:

1. Raudonojo Kryžiaus Tub. ligoninėje A. Panemunėje gydomosios fizkultūros instruktorių 1

2. Raudonojo Kryžiaus ligoninėje, prie ortopedinio skyriaus (Kaune):
gydymosios fizkultūros instruktorių 1
gydomosios fizkultūros gydytojų 1
3. Kauno Universiteto Klinikose:
gydymosios fizkultūros instruktorių 1
gydomosios fizkultūros gydytojų 1

§ 2

Gydymo ir Profilaktinių įstaigų Valdybos Fizkultūros Inspektoriui dr. Kęstučiui Šimkui pasiūlyti aukščiau suminėtoms įstaigoms gydomosios fizkultūros gydytojus ir instruktorius.

(pas.) *V. Girdzijauskas,*
LTSR Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisaras.

Nuorašas tikras:

Alg. Genys,
Kadrų Skyriaus Inspektorius.

Vilnius, 1941 m. gegužės mėn. 20 d.

Kronika

MEDICINOS DAKTARĄ BOLESLOVĄ SVOLKINĄ PALYDĖJUS.
(Nekrologas)



Med. d-ras Bol. Svolkinas.
(Gimė 1878 m., mirė 1941 m. IV. 11 d.

Šių metų balandžio mėn. 11 d. 9 valandą ryto staiga mirė Ramygalos apylinkės punkto 2-sis gydytojas Boleslovas Svolkinas. Jis dirbo gydytojo darbą 35 metus, turėjo gydymo mene gerą patyrimą, apylinkėje buvo pagarsėjęs kaip geras gydytojas. Velionis, nuo 1918 metų dirbdamas vien tik kaimo sąlygose, gerai pažino kaimiečių gyvenimą, jų papročius. Paskutiniu metu, pagerėjus sanitariniam transportui, atsiradus plentui į apskrities miestą, ir gydymo sąlygos kiek pakito; bet anksčiau, prieš keletą metų, kol buvo blogi keliai ir maža gydytojų provincijoje, velioniui tekdavo ne viena sunki naktis praleisti teikiant gimdymo pagalbą. Daugelis moterų jo rankos dėka buvo išgelbėtos nuo mirties.

Velionis gimė 1878 metais, mokytojo šeimoje. 1905 metais baigė Krokuvos universiteto medicinos fakultetą medicinos daktaro laipsniu. Grįžęs į Rusiją, 1908 m. Kazaniuje išlaikė valstybinius med. gydytojo egzaminus. 1905—1906 m. dirbo kaimo gydytojo darbą Pagirių miestelyje, Ukmergės apskrityje. 1906—1908 m. dirbo Karo Medicinos Akademijoje Leningrade prof. Sirotinin'o vedamoje vidaus ligų klinikoje. 1908—1910 m. dirbo kaimo gydytojo darbą Šėtoje, Kėdainių apskrityje. 1910—1914 m. dirbo Panevėžyje. Didžiojo karo metu 3 metus dirbo Kostromos miesto ligoninėje, kaip vidaus ligų ordinatorius. 1918 metais apsigyveno Bielozaravos dvare, Ramygalos valsčiuje. Tuo pačiu metu per 15 metų buvo Ramygalos progimnazijos gydytoju. Įsteigus Ramygalos valsčiuje provizorinį sveikatos punktą, kelerius metus (iki 1936 metų) buvo šito punkto vedėju. 1940 metais gruodžio mėn. 2 d. buvo paskirtas Ramygalos apylinkės 2-ju gydytoju, laikinai gyvendamas Bielozaravos dvare. Kitus begydydamas ir pats buvo užsikrėtęs; persirgo vidurių šiltinę ir skarlatiną.

Sunkus gydytojo darbas, ypač kaimo sąlygose, matyti, vargino velionį, ypač paskutinėmis dienomis, kada buvo reikalingas daugiau poilsio, o darbas vis nemažėjo. Dažni širdies priepuoliai, trunką labai trumpą laiką, pasireiškią rytais, kartais patį velionį gąsdindavo. Apie tai jis dažnai užsimindavo. Vieną rytą širdis nustojo veikusi....

Velionis palaidotas Ramygalos kapinėse. Lydėjo Jį patys kaimo žmonės, kuriuos Jis gydė.

Su kolegomis buvo labai draugiškas, niekada nebūdavo nesusipratimų. Gydytojų etikos atžvilgiu buvo pavyzdingas.

Ne visada, bet dažnai geri gydytojai per greit miršta.

Ilsėkis, kaimo gydytojau! *Gyd. V. Tarasevičius.*

MEDICINOS AUKŠTASIS MOKSLAS.

× **Med. gydytojo diploma** yra gavę šie med. kandidatai: Romanas Andriuškevičius, eksternas Vladas Blažys, Simanas Čemeška, Ignas Daniūnas, Šlioma Fišeris, Juozas Gulbinas, Aldona Jasulaitytė, Gasparas-Antanas Jukna, Ona Gotautaitė-Valaitienė, Vaitiekus Jurevičius, Jakovas Kacevas, Anna Kalingaitė, Antanas Kaveckas, Milda Kuršaitė, Eugenijus Novickas, Salezijus-Benignus Pavilionis, Zalmanas Percikovičius, Juozas Raupėnas ir Dovydas Volfzanas, be to, 4 eksternai — Izabelė Feigenbergaitė, Zbignievas Glovackis, Zdzislavas Sieciechovičius ir Roza Špreiregenaitė, tiktai pristatę liudijimus apie lietuvių kalbos egzaminų išlaikymą.

× **Dantų gydytojo diplomą** yra gavę šie odontologijos kandidatai: Liuba Dušnickaitė ir Elena Vienožinskaitė.

× **Chemiko-vaistininko diplomą** yra gavę šie farmacijos kandidatai: Abelis Abelevičius, Antanas Galkius, Zalmanas Idovičius ir Adomas Sketeris.

× **Med. gydytojo baigiamieji egzaminai** leista laikyti: Edmundui Butkevičiui, Jonui Gobrykui, Marijonui Juškevičiui, Jurgiui Kendziralevui, Stanislovai Mackevičiūtei, Henrikui Štasiakui ir Stanislovui Straševičiui.

× **Medicinos mokslo kandidato laipsniui** įgyti leista laikyti egzaminai iš chirurgijos grupės med. gydytojams T. Šiurkui ir J. Fridmanui.

× **Kauno Un-to Med. fak-to asistentų reikalais:**

1. Gyd. V. Juškys išrinktas Odos ir vener. katedros asistentu.
2. Med. kandidatai Faustas Matiukas ir Juozas Taučas išrinkti Patologijos ir Patologinės anatomijos katedros laborantais.
3. Chem.-vaist. Ant. Norvaiša išrinktas chemijos katedros asistentu .

× **Doktorato gynimas.** Birželio 24 d. 12 val .Medicinos fakulteto auditorijoje doktorantas Mykolas Marcinkevičius gins disertaciją medicinos daktaro laipsniui įgyti, tema: „Blužnis, kaip kraujo rezervuaras, veikiant įvairioms sąlygoms". Oponentais paskirti prof. J. Kupčinskas, doc. J.Šopauskas ir Bl. Abraitis. Su disertacija galima susipažinti Medicinos fakulteto dekanate.

× **Disertacijos gynimas.** Gyd. V. Damijonaičio disertacija „A- ir D- vitaminų savitarpio veikimo klausimu". leista ginti med. d-ro laipsniui gauti. Oponentais išrinkti prof. V. Kanauka, doc. Bl. Abraitis ir doc. J. Meškauskas.

× Iškeltas klausimas apie pripažinimą d-ro Jono Šliupo **nusipelnusiu med. mokslo srityje.** Pavesta doc. d-rui J. Kairiūkščiui apie tai, plačiau referuoti Med. fak-to Tarybai.

× **Į Medicinos fak-to Darbų redakcinę komisiją** išrinkti prof. V. Kuzma ir prof. J. Kupčinskas.

× **Kauno Un-to Medicinos fakulteto numatoma šiais metais išleisti šie med. mokslo veikalai:** 1) B. Abraičio — „Žmogaus embriologija", 2) L. Gutmano — „Nervų ligų vadovėlis", 3) K. Buinevičiaus — „Vidaus ligų vadovėlis" dvi dalys, 4) V. Kuzmos — „Bendrinės chirurgijos vadovėlis", 5) K. Grybausko: „Farmakognozijos praktikos darbai" ir 6) „Med. fakulteto darbų" tomas.

SILPNAS MEDICINOS DARBUOTOJŲ PROFSĄJUNGOS APSKRIČIŲ KOMITETŲ DARBAS

Spaudoje dažnai iškeliami faktai, kad medicinos darbuotojai netinkamai dirba profsąjunginį darbą. Apkaltinimai daugiausia liečia Centro valdybą, bet tuo pačiu tenka pabrėžti, kad kai kurių apskričių komitetai irgi yra labai apsileidę (Biržuose, Lazdijuose, Vilkaviškyje, Rokiškyje ir kit.). Nesutvarkomos profgrupės, reguliariai nerenkamas nario mokestis ir neįvedamos kartotekos. Tai yra tik apsileidimas. Proforganizacinį darbą turi dirbti ne tik komiteto sekretorius ir pirmininkas (kaip tai daroma Rokiškyje), bet visi komiteto nariai. Medicinos darbuotojams dažnai tenka išvažiuoti į sveikatos punktus administraciniais reikalais, bet tuo pačiu jie neturėtų pamiršti ir profsąjunginio darbo, padėti apskričių komitetams organizuoti profgrupes ir išrinkti proforgus.

Daugumos apskričių komitetų kultūrinis darbas visai apleistas. Jeigu medicinos darbuotojai nepajėgia patys pravesti kultūrinio darbo, neturi laiko atlikti techniško paruošiamojo darbo, tai jie gali bent savo patarimais, paskaitomis padėti kitoms visuomeninėms organizacijoms. Medicinos gydytojas, gailestingoji sesuo, turi savo žinias išnaudoti ne tik sau, bet ir perduoti jas darbininkų, valstiečių masėms.

Socialistinio draudimo darbo dar mažiau dirbama. Apskričių ir vietiniai komitetai nepasistengia išsiaiškinti socialinio draudimo įstatymų. Šiuos įstatymus medicinos darbuotojai turėtų ne tik patys žinoti, bet ir aiškinti kitiems profsąjungų nariams.

Kitų profsąjungų aktyvas turėtų šaukti susirinkimus ir į juos nepamiršti pakviesti ir medicinos darbuotojus, kurie galėtų sveikatos apsaugos srityje duoti daug nurodymų. Profsąjungos turėtų tarpusavyje tampriau bendradarbiauti.

Medicinos darbuotojai turi daugiau dėmesio kreipti į vidinį įstaigų gyvenimą, į profsąjungos narių dirbamą darbą, apie darbo trūkumus ir pan. Kėdainių ligoninėje nepakankamai palaikoma švara. Aišku, tai turėtų pastebėti įstaigos administracija, bet tai turi matyti ir įstaigos komitetas. Virtuvėje ir maisto sandėlyje neišvalomos įvairios atmatos. Ligonių nusiskundimai turi būti komitetams signalu dėl nepravedamų gamybinių pasitarimų.

Toje pačioje Kėdainių ligoninėje ligoniai nusiskundė, kad po keletą savaičių nekeičiami rankšluosčiai. Ligoniai turi dėvėti savo baltinius, naudoti savo pagalves, gi vietinis komitetas ir tuo reikalu nei kalbėjo su ligoninės vedėju, nesiėmė konkrečių žygių minėtiems trūkumams pašalinti. Šitoje ligoninėje yra didelis indų trūkumas. Pasiteiravus, kodėl neįsigyjama reikalingų indų, gavau atsakymą, kad Kėdainių vartotojų kooperatyvų centrinė indų bazė indų neparduoda. Kodėl? O gi todėl, kad prekių gavimo sąskaitos nepravestos ir negautos, nors prekės atsiųstos prieš dešimt dienų. Dėl tokio apsileidimo ligoniai turi nukentėti.

Vyr. Farmacijos valdyba savo pareigų irgi tinkamai neatlieka: vaistinėse paskutiniu laiku buvo pravedama inventarizacija, pagal prisiųstus atitinkamus žiniaraščius. Baigus inventarizaciją, vaistinės gavo net 9 lapus patarimų. Vaistinių vedėjai vėl iš naujo turėjo pertvarkyti vaistus, juos perkainoti. Nuo to, be abejo, nukentėjo ne tik vaistinių tarnautojai, turėję dirbti viršvalandžius, už kuriuos nebuvo apmokėta, bet ir pirkėjai. VF Valdyba turėjo akyliau dirbti savo darbą ir tokių didelių klaidų išvengtų. Tenka dar pridurti, kad Vyr. Farmacijos Valdyboje dirba tokie žmonės, kurie anksčiau buvo gana stambūs savininkai, tarpininkai ir komivojožieriai (pvz., Gerdvilis, Mogilevskis, Šniaukšta, Bilskis ir kiti).

Kauno rajoninė kontora turėtų laiku išmokėti tarnautojams atlyginimą, kad vietoje pirmosios gegužės nereikėtų laukti 4 d. (Kėdainiuose).

Keliose apskrityse medicinos personalo darbo laikas nesunormuotas, negaunami specialūs drabužiai, neapmokami viršvalandžiai. Šituo atžvilgiu blogiausiai susitvarkiusi Rokiškio apskritis, bet apskrities komitetas jokių konkrečių žygių nesiėmė šitiems nenormalumams sutvarkyti.

Metalo apdirbimo trestas iš Rokiškio ligoninės šių metų sausio mėnesį gavo užsakymą pagaminti lovas. Vos vos, po kartotinių pareiškimų, kovo mėn. pabaigoje užsakymas buvo atliktas tik dalinai ir ligoninė gavo 20 lovų.

Dispanseriuose atsilanko labai didelis skaičius žmonių, sergančių džiova. Sveikesni ligoniai siunčiami į sanatorijas, gydosi namuose ir panašiai. Bet blogiausia su tais, kurie gyvena šeimose, kuriems nėra vilties pasveikti, o šeimos nariams yra didelis pavojus apsikrėsti, nes vienintelis visoje Lietuvos TSR esąs izoliatorius negali visų sutalpinti. Ar nevertėtų komisariatui nacionalizuotuose dvaruose bent laikinai įkurti TBC izoliatorius?

Šituos trūkumus turėtų žinoti ne tik CV ir Komisariatas, bet ir apskričių med. darb. profsąjungos komitetai. Komitetų darbas turi būti tampriai surištas su administracinių įstaigų darbu. Kada mes tinkamai pravesime savo profsąjunginį darbą, įgausime plačiosiose medicinos darbuotojų masėse pasitikėjimą ir nepritrūksime tinkamo aktyvo tolimesniam profsąjunginiam darbui.

St. Kairys,

LTSR Med. Darb. profsąjungos instruktorius

Suvažiavimai, kongresai, įvairenybės.

× **Medicinos darbuotojų profsąjungos delegatų respublikinis suvažiavimas** prasidėjo gegužės 10 d. profsąjungų CB didžiojoje salėje.

Profsąjungos pirmininkas M. Birgeris pranešė, kad Profsąjunga turi 9.896 narius, 77 vietinius komitetus apie 500 profgrupių. Iš viso Lietuvos TSR yra 10.702 medicinos darbuotojai. Pradžioje Sąjungos gyvavimo buvo įregistruota 600 įvairių medicinos sričių darbuotojų bedarbių. Įvedus nemokamą gydymą, Profsąjungos centro valdyba rūpinosi šalinti visus atsiradusius trūkumus.

Dabar Kaune veikia 5 klubai, 20 raudonųjų kampelių, 5 chorai, 3 liaudies šokių rateliai, leidžiami 25 sieniniai laikraščiai. Vilniuje yra 18 klubų, 21 raudonasis kampelis, 30 sieninių laikraščių, 10 bibliotekų su 1500 knygų, 7 lietuviškos ir 7 rusiškos kalbos kursai. Kaune, Vilniuje yra sporto klubai „Medikas". Visoje respublikoje yra apie 100 politinio lavinimosi ratelių, 23 klubai, 40 meninės saviveiklos ratelių.

Sveikatos liaud. komisaras drg. Girdzijauskas pasakė kalbą, nurodydamas reikalingumą drausmės, švaros, susirūpinimo pacientais. Pažymėjo, kad komisariatas rūpinasi gerinti dabar esamų darbuotojų padėtį; numato duoti nemokamai butą, kurą, šviesą, susisiekimo priemones. Kiekviename sveikatos punkte numatoma turėti bent po 2 gydytojus.

Sveikatos apsaugos liaudies komisariatas rūpinasi motinos ir vaiko apsauga. Vaikams anksčiau buvo tik 3 pieno virtuvės, o dabar jau yra 6 ir greit bus įsteigtos dar 8 naujos; vaikų poliklinikų ir ambulatorijų visai nebuvo, o dabar įsteigta 1 poliklinika ir 36 ambulatorijos su 218 gydytojų. Jau yra 14 gimdymo namų, o iki metų pabaigos bus 70. Dieninių lopšelių tebuvo 1, o dabar jau 7, iki metų galo bus 20. Numatoma įsteigti 80 moters ir vaiko konsultacijos punktų. Kūdikių namuose jau yra 1.000 lovų. Bus atidaryta 19 sezoninių lopšelių su 300 lovų. Suorganizuotas motinos ir vaiko institutas. Džiovininkų sanatorijose lovų skaičius padidintas nuo 1.217 iki 1.630 lovų. Ateityje bus 2.317 lovų, 24 dispanseriai, 4 kilnojamieji dispanseriai. Apskritai, ligoninėse lovų skaičius pašoko nuo 6.740 iki 8.000 lovų, o metų gale bus 10.000 lovų. Birštone, Druskininkuose ir Likėnuose gydysis 3.470 asmenų.

× **TSRS sveikatos liaudies komisariato sanitarinio švietimo tarybos plenumas** atidarytas gegužės mėn. 8 d. Praėjusiais metais Geokčojo rajone, Azerbaidžane, buvo pradėtas masinis judėjimas del švaros ir kultūros. Pirmą to judėjimo mėnesį kaimuose buvo pastatyta 80 pirčių, atlikta 19.000 profilaktišku skiepijimu 254 asmens gavo PSG (pasirengęs sanitarinei gynybai) ženklelius. Agdašo rajone buvo organizuoti 37 kolektyvinių ūkių sveikatos punktai, 43 sanitariniai postai, kaimuose 14 sveikatos apsaugos tarybų. Dabar yra Sąjungos miestuose daugiau kaip 500 sanitarinio švietimo namų ir punktų. Juose dirba 2.000 gydytojų.

× **Į Kauno medicinos seserų mokyklą** prie LTSR Raudonojo Kryžiaus Kauno ligoninės prašymai jau priimami. Prašymai paduodami mokyklos vedėjo vardu pridedant: 1) išeito mokslo pažymėjima, 2) savo ranka rašytą gyvenimo aprašymą, 3) gimimo metriką ir 4) dvi fotografijas. Mokslas tęsis dvejus metus. Darbo žmonių vaikams ir aplamai neturtingiems numatomos stipendijos mokslui ir pragyvenimui. SAL Komisariato nustatytas mokestis už mokslą per metus 200 rublių. Pragyvenimo išlaidos taip pat savo. Kandidatės turi būti sveikos, baigusios ne mažiau kaip 7 klases vidurinės mokyklos (nereformuotos gimnazijos 4 klases). Į mokyklą bus priimta apie 200 mokinių. Kandidačių į mokyklą bus birželio apie 25—26 d. Smulkesnės žinios teikiamos darbo valandomis žodžiu ir raštu.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Visi sveikatos departamento išduoti med. gydytojams leidimai verstis praktika** galioja ir toliau. Sveikatos apsaugos skyrius neišduoda jokių pratęsimų.

× **Buvę valstybės stipendininkai,** besimokę Lietuvoje, dabar tarnaują Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariato sistemos įstaigose, ryšium su LTSR LKT 1941. 5. 8. nutarimu 483 nr. del buv. ministerijų stipendininkų atleidimo nuo stipendijų gražinimo turi pristatyti F. L. K. Likviduojamų įstaigų skyriui duotą pažymėjimą, iš kurio būtų matyti, kad buvęs stipendininkas tarnauja toje įstaigoje. Atleidus iš tarnybos buv. valstybės stipendininką, įstaiga turi tai skubiai pranešti suminėtu adresu.

FARMACEUTŲ REIKALAIS.

× **Kursai vaistininko padėjėjo laipsniui gauti** steigiami prie Kauno Un-to Farmacijos instituto. Jie steigiami Vyr. Farmacijos valdybos, tęsis 4 mėnesius: nuo birželio 1 d. iki lapkričio 15 d. su pertrauka nuo liepos 15 d. iki rugsėjo 1 d. Priimami: a) vaistinių mokiniai, turį leidimus verstis vaistinės mokinio praktika ir stažavę — baigę visą gimnaziją — 2 metus, baigę 4 gimnazijos klasės — 3 metus; b) vaistinių praktikantai, kurie baigė ne mažiau kaip 7 kl. dabartinės vidurinės mokyklos (buv. gimnazijų 4 klases) ir turį vaistinės praktikanto stažą I eilės vaistinėje ne mažiau kaip 3 metų, II eilės vaistinėje — 5 metų. Norintieji paduoda prašymus Vyr. Farmacijos valdybai Kaune iki gegužės 22 d. Reikia pridėti šie dokumentai: curriculum vitae; mokslo cenzo pažymėjimas ir oficialios įstaigos paliudytas nuorašas; asmens dokumento nuorašas; vaistinės vedėjo pažymėjimas apie atliktą stažą, patvirtintas vietinio Vykdomojo Komiteto ar visuomeninės organizacijos. Klausytojai, atvykę iš vaistinių, gaus 150 rubl. mėnesiui pragyvenimui.

× **Egzaminai vaistinių mokiniams** baigusiems mokinio praktikos staža ir teoriškai pasiruošiusiems įgyti vaistininko padėjėjo laipsnį, bus birželio 16 d. Kauno Un-to Farmacijos institute. Norį laikyti turi iki gegužės 30 d. atsiųsti Vyr. Farmacijos valdybai prašymą, apmokėtą 3 litų vertės žyminiu ženklu. Mokinio stažas baigtas, jei baigęs gimnaziją stažavo 2, o baigęs 4 gimnazijos klases — 3 metus.

× Įsteigta **Farmacijos valdyba** rūpinsis vaistų gamyba, tiekimu, medicininiškomis ir odontologiškomis reikmenimis. Ji perėmė nacionalizuotas „Germapo‘ ir „Sanitas“ laboratorijas, sandėlius, chemijos gamyklas, instrumentų dirbtuves (Vilniuje). Šiais metais bus padirbta gaminių už 5.866.000 rubl. Vaistų gamybai pirmiausia numatoma panaudoti vietinė žaliava: kraujas, vaistingi augalai. Trūkstamų žaliavų užsakyta kitose Sąjungos respublikose. Jau sudaryta sutartis su TSRS Tiekimo kontora — Chimtarmsbit ir su Cheoinstrumenstsbit iš kur gaunama odontologijos, optikos ir chirurgijos reikmenų. Vilniuje plečiama veikianti medicinišku instrumentų dirbtuvė. Kaune bus įsteigta dirbtuvė stiklui šlifuoti. Čia bus gaminami akiniai. Jau specialistai išvyko į Vitebską mašinų atsigabenti. Beveik visa odontologinė medžiaga pagaminama Vilniuje. Visoje LTSR Farmacijos valdybą turi apie 360 prekybos taškų: vaistinių, vaistų ir medicinos reikmenų parduotuvių. Kaune, Vilniuje, Šiauliuose ir Panevėžyje turi po vaistų sandelį. Kaune bus 7 sanhigienos parduotuvės, kurios pardavinės slaugymo priemones, tvarstomą medžiagą, vaistineles pramonės įmonėms ir kolektyviniams ūkiams. Prie „Inkaro“ ir „Maisto“ fabrikų bus įsteigtos naujos vaistinės. Prie ambulatorijų bus steigiami vaistinių punktai. Sezono metu įsteigti tokie punktai A. Panemunės miške ir Lampėdžių vasarvietėje. Nuo balandžio 25 d. pereita į Tarybų Sąjungos vaistų tarifą ir del to vaistai atpigo 15—20%.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **15.000 darbo žmonių šiais metais profsąjungų siunčiami į poilsio namus** ir sanatorijas. Tam tikslui profsąjungų Centro Biuras paskyrė 8.625.000 rublių. Be to, 10.000 pionierių bus išsiųsta į pionierių stovyklas

ir į poilsio namus, paskirta 2.250.000 rublių. 100.000rublių skiriama vaikų siuntimui į sanatorijas ir 100.000 rublių mokinių ekskursijoms. Profsąjungų CB žinioje yra 8 vilos Palangoje, 7 vilos Druskininkuose, 9 — Kulautuvoje, 6 — Verkiuose, 2 — Birštone, be to, dar Birštono sanatorija.

× **Džiovininkų sanatorijoms bei ligoninėms steigti ir plėsti** Sveikatos Aps. Liaud. Komisariatas paskyrė 11.000.000 rb.

× **Motinos ir vaiko sveikatos apsaugos skyrius** prie LTSR Sveikatos Apsaugos Liaud. Kom. gavo 240 nemokamų atilsinių vaikams 7—12 metų gydytis Druskininkuose.

× **Visi personiniai pensininkai gali gauti nemokamą kurortinį — sanatorinį gydymą** Socialinio aprūpinimo liaudies komisariato kurortinėse sanatorijose — Druskininkuose ir Palangoje.

× **Gydymo profilaktikos ir sanitarijos įstaigų statybai mūsų respublikoje** skiriama 14.000.000 rublių. Bus statomi 26 objektai: 5 ligoninės, 10 gimdymo namų, viena poliklinika, dezinfekcijos stotis, du dezinfekcijos punktai, du vaikų lopšeliai. Jau statomos ligoninės Šiauliuose ir Kretingoje, Panevėžyje statoma poliklinika. Šiauliuose ir Panevėžyje statomi dezinfekcijos punktai.

× **Vaikų infekcinė ligoninė** atidaryta gegužės 1 d. Kaune, Giedraičių g. 4 nr. Vedėjas — gydytojas A. Matulevičius. Pagal Kauno Motinos ir vaiko apsaugos inspekcijos, Kauno Un-to vaikų klinikos ir vaikų infekcinės ligoninės susitarimą, nauja ligoninė priiminės vaikus, susirgusius užkrečiamomis ligomis, išskyrus difteriją ir skarlatiną. Sergą šitomis ligomis bus gydomi tik Kauno Un-to vaikų klinikoje.

× **Vaikų poliklinika** veikia nuo gegužės 12 d. Gardino g. 61 nr. (telef. 2-64-50). Poliklinikoje veikia šie skyriai: 1) pediatrų konsultantų, 2) chirurginis, 3) ortopedinis, 4) akių ligų, 5) ausų, gerklės, nosies ligų, 6) dantų gydymo kabinetas. Pacientai primami tik su rajoninių ambulatorijų ir konsultacijų duotais pažymėjimais nuo 8 ligi 20 val.

× **Vaikų poliklinikoje poilsio dienomis neatidėliotina pagalba** vaikams teikiama nuo 10 ligi 18 val. Vėliau — greitojoje pagalboje.

× **LTSR ligoninėse įvedamas gimdymo nuskausminimas.** Bus vartojami tarybinių gydytojų išrasti vaistai.

× **Belgijoje šiais metais, vasario mėn., gimė** 5.232 kūdikiai, o mirė 10,929 žmonės. Pereitų metų vasario mėn. gimė beveik 2 kartus daugiau.

× **Japonijoje didžiausias gimimų skaičius** buvo 1920 metais — 36 naujagimiai tūkstančiui gyventojų. Nuo tų metų gimimų skaičius pradėjo mažėti. Ypač gimimų skaičius sumažėjo prasidėjus karui su Kinija.

× **Vaikų ligotumas ir mirtingumas Suomijoje didėja.** Mirtingumas padidėjo 2 kartus. Paplito kokliušas, tymai, skrandžio — žarnų ligos. 90% vaikų serga angliška liga.

× **Natalijos (Pietų Afrikoje) vaikai** nuo 8 metų **dirba cukraus gamyboje.** Čiabuvių kaimuose iš 1000 vaikų miršta 250—500.

× **Japonijoje džiova serga** 1.500.000 žmonių, daugiausia 20—25 metų amžiaus. Nuo džiovos mirimų procentas studentų tarpe siekia 60%.

× **Pirmajam Kijevo medicinos institutui** šiais metais sukanka 100 metų. Per tą laikotarpį institutas parengė 15.0000 gydytojų. Šiais metais išleis 509 gydytojus.

× **Kraujo plazmos atsargos J. A. V.** sudaromos pageidaujant kariuomenės vadovybei ir jūrų karo laivynui. Bus sudaryta 100.000 pintų (pinta = 0,5 litro) kraujo plazmos atsargų.

× **Žuvusiame Egipto laive „Zamzan"** buvo 20 sanitarinių automobilių ir pilnas lauko ligoninės įrengimas.

× **Komforos laukiniame šalavijyje** esama apie 3%. Oklohamos un-to laboratorijoje išdirbta metodė gaminti iš šito augalo **kamforą.**

Mediciniškasis sąmojis

× O svarbiausia — grūdintis.

— Aš turiu baisų kosulį. Kaip galima juo nusikratyti?
— Nieko nėra lengvesnio. Reikia grūdintis, tiktai grūdintis. Rytą — šalti apsitrynimai per ketvirtadalį valandos. Giliai įkvėpuoti ir iškvėpuoti prie atdaro lango; pusryčiams — stiklas šiltoko vandens; į posėdį eiti pėkščiam...
— Labai gerai, labai gerai... bet tokiu atveju velijuosi kosėti.

× Gilios danties šaknys.

Dantų gydytojas turėjo ištraukti dantį labai nervingai moteriai. Apie anestezuojamas priemones ji ir girdėti nenori ir tuo metu nesiryžta išsižioti, pamačiusi reples. Tuomet dantų gydytojas patylomis pasakė savo asistentei:
— Įdurkite pacientei adata į pasturgalį.
Asistentė padarė, kaip buvo liepta; moteris atidarė burną, kad suriktų, ir tučtuojau dantis buvo ištrauktas.
— Ar labai skaudėjo? — paklausė dantų gydytojas.
— Ne, visiškai mažai, — atsiduso pacientė su palengvėjimu, — Bet niekada nemaniau, kad dantis taip giliai šaknis bus suleidęs.

× Vaistinėje.

— Drauge vaistininke, aną dieną tamsta man davei tepalo skausmams pašalinti...
— Taip.
— Gal dabar malonėtumet duoti ką nors, kuo aš galėčiau nuo pečių nuimti tą tepalą.

× Geras plaučių specialistas.

Vienas Amerikos gydytojas skrodė iš Aigipto pargabentą mumiją, padarytą prieš 3.500 metų. Gydytojas nustatęs, kad šitas aigiptietis miręs plaučių uždegimu.

× Senutė pas gydytoją.

— Ką gi, drauge gydytojau, paskirsite man nuo bendrinio silpnumo?
— Paskirsiu geležies.
— Ką, tamsta! Mano tokie blogi dantys, kad aš net duoną sunkiai grumuliuoju.

× Geriau vėliau negu niekada.

Mažas Petrukas virtakūliuoja ant grindų ir kelia tokį triukšmą, jog motina, nusigandusi, įbėga į kambarį.
— Petruk, ko tu čia trukšmauji?
— Aš prieš gerdamas užmiršau vaistus suplakti. Tai aš stengiuosi dabar padaryti.

× Pradeda nuo mažo.

— Tamsta, savo laiku taip pat pradėjai nuo mažo, drg. vyr. gydytojau?
— Žinoma! Aš pradėjau praktikuoti gydytoju vaikų ligose.

SOMMAIRE

KLAIDŲ ATITAISYMAS.

„LTSR Medicinos" 1941 m. 3 num. 404 pusl., 4 eil. iš apačios, išspausdinta: **„organizmo"**, o turi būti **„orgazmo"**.

„LTSR Med." Redakcija.

„МЕДИЦИНА ЛССР". (На литовском языке)

Leidžia: Sveikatos Apsaugos Liaudies Komisariatas, Kauno Univ-to Medicinos fakultetas ir Medsandarb profesinė sąjunga.

Redaktorius: MED. D-RAS JONAS STAUGAITIS.

Tiražas 2000 egz. Popieriùs spaudos satinotas s/m 64×96. cm 95 gr m². 10 spaudos lankų. Lanke 52.000 sp. ženklų korpuso, 80.640 sp. ženklų petito. Spausdinta: Valstybinėje Varpo spaustuvėje, Kaune Gedimino g-vė 38 nr. Užs. Nr. 530. MD 3481.